

Aus dem Fachbereich "Nervenklinische Medizin"

der Freien Universität Berlin

Psychiatrische Klinik II

Direktor: Professor Dr. med. H. Hippus

DIE BEDEUTUNG DES INDUSTRIELLEN ARBEITS-
PLATZES FÜR DEN SCHIZOPHRENEN PATIENTEN
— EINE FRAGE FÜR DIE ARBEITSREHABILITATION

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den

Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

1973

vorgelegt von

Abholz, Heinz-Harald

aus Berlin

Aus dem Fachbereich "Nervenklinische Medizin"

der Freien Universität Berlin

Psychiatrische Klinik II

Direktor: Prof. Dr. med. H. Hippius

Die Bedeutung des industriellen Arbeits-
platzes für den schizophrenen Patienten
- eine Frage für die Arbeitsrehabilitation

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von: Abholz, Heinz-Harald
Berlin

Referent: Professor Dr. med. H. H i p p i u s

Korreferent: Professor Dr. med. H. H e l m c h e n



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 4.1.1973

Inhaltsverzeichnis:

	<u>Seite</u>
Einleitende Bemerkungen	1
<u>1. Kapitel:</u> Ergebnisse anderer Studien zur Bedeutung des industriellen Arbeitsplatzes für psychische Erkrankung	6
<u>2. Kapitel:</u> Eine empirische Studie zur Frage der Bedeutung des industriellen Arbeits- platzes für den schizophrenen Patienten	15
<u>3. Kapitel:</u> Überlegungen zur Bedeutung des industri- ellen Arbeitsplatzes für psychische Erkrankung und speziell die Schizo- phrenie	54
<u>4. Kapitel:</u> Schlußfolgerungen zur Arbeitsrehabili- tation	64
<u>Anhang:</u> Der Interviewbogen	74
<u>Zusammenfassung:</u>	79
<u>Literaturnachweis:</u>	80
Danksagung	97
Lebenslauf	98



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitende Bemerkungen

Arbeitsrehabilitation beinhaltet zweierlei therapeutische Momente: Einmal ist es die Rehabilitation im engeren Sinne, die einen möglichst bruchlosen Übergang in die Arbeitswelt außerhalb der Klinik ermöglichen soll. Eben diesen bruchlosen Übergang zu erreichen, der geringste Belastung für den entlassenen Patienten darstellt, wird als therapeutisches Moment verstanden. Zum anderen wird Arbeitsrehabilitation auch als Resozialisierung durch die Arbeit (18) gesehen. Arbeitsrehabilitation - so definiert - wird zu einem anderen Ausdruck für Therapie, zur Arbeitstherapie. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Arbeitsrehabilitation durchgehend in den beiden genannten Bedeutungen gebraucht. (Vergleiche zur Begriffsdefinition: 80)

Beschäftigt man sich nun mit Arbeitsrehabilitation psychisch kranker und somit auch schizophrener Patienten, so hat man sich mit den Verhältnissen, in die rehabilitiert und mit Hilfe derer therapiert werden soll, zu beschäftigen. Denn ohne die Kenntnisse dieser Verhältnisse und ohne die Kenntnisse der Auswirkungen dieser Verhältnisse auf z.B. die Prognose desjenigen, der rehabilitiert werden soll, muß Arbeitsrehabilitation immer ein fragwürdiges Unternehmen bleiben. So könnte es z.B. geschehen, daß man gerade in die Verhältnisse rehabilitiert, die wieder mit zu einem Rezidiv führen. Oder man setzt gerade therapeutisch das ein, was die gewünschte Therapie behindert. Zumindest weiß man nicht, ob nicht durch mangelnde Kenntnis des zur Therapie Eingesetzten eine optimale Wirksamkeit verhindert wird.

Wie nun sieht es mit den Kenntnissen über den Arbeitsplatz und seiner Bedeutung für den Verlauf psychischer Erkrankungen aus? Hierzu liegt nur wenige Literatur vor (s. Kapitel 1). Zwar gibt es in der sozialpsychiatrischen Forschung - hauptsächlich der Epidemiologie - eine Fülle von Hinweisen auf diesen Bereich, jedoch geht die einschlägige Forschung hier kaum über derartige Hinweise hinaus. So ist erst kürzlich von DOHRENWEND und DOHRENWEND (42) in einer zusammenfassenden

Untersuchung sozialepidemiologischer Studien dargestellt worden, daß psychische Erkrankungen - besonders Schizophrenien - in der Unterschicht gehäuft nachzuweisen sind; manisch-depressive Psychosen bilden hier eine Ausnahme. Derartige Befunde weisen schon auf die Bedeutung der Arbeit dadurch hin, daß zur Definition der Schicht z.B. Einkommen, Schulbildung, Beruf und Wohngegend verwenden. Diese Größen lassen sich aber leicht auf Bedingungen der Produktion und somit auch auf Arbeitsbedingungen zurückführen (41). Besonders deutlich wird das Versäumnis, die Arbeitsbedingungen inhaltlich zu analysieren, bei den Studien, die allein den Beruf oder die Berufsgruppe als soziales Einteilungskriterium benutzen. Sowohl die Arbeiten über psychische Erkrankungen (z.B. 25, 69, 86, 89, 101, 144) als auch die über psychosomatische Erkrankungen (z.B. 22, 106, 153), bei denen so verfahren wurde, bleiben bei der Benennung des Berufes stehen. Allein DREYER und GÖRGES (44) unterscheiden in ihrer Studie über die Verteilung von Magenerkrankungen innerhalb dreier Großbetriebe noch nach bestimmten Arbeitsanforderungen (Bandarbeit, Akkord, Schichtarbeit). So bleiben ganz wenige Studien, die wirklich versucht haben, die Bedingungen am Arbeitsplatz in ihrer Bedeutung für psychische Erkrankung detailliert zu studieren (s. 1. Kapitel).

Die anfangs aufgestellte Forderung, daß man die Verhältnisse kennen sollte, in die rehabilitiert und mit denen therapeutisch gearbeitet werden soll, scheint heute kaum oder nur sehr oberflächlich erfüllt zu sein. Solange dies aber so ist, ist man gezwungen, Arbeitsrehabilitation - bezogen auf den therapeutischen Aspekt - relativ unkontrolliert durchführen zu müssen. In dieser Situation will die vorliegende Studie einen Beitrag zur Erforschung der Bedeutung des industriellen Arbeitsplatzes für den schizophrenen Patienten zu liefern versuchen. Da mit genau dieser Fragestellung keine andere Arbeit gefunden wurde, ist auch teilweise der Präzisionsgrad der vorliegenden empirischen Studie vorgeschrieben. So konnten keine detaillierten Arbeitshypothesen auf der Basis der Befunde anderer Arbeiten aufgestellt werden;

der zu untersuchende Bereich mußte relativ weit gehalten werden. Die Funktion einer ersten Studie auf einem Gebiet ist die, erste Antworten zu geben, das Feld, auf dem weiterzuarbeiten ist, abzustecken, und auf interessante Fragestellungen aufmerksam zu machen. Endgültige und schlüssige Antworten von einer ersten Studie zu erwarten, wäre falsch. Dennoch sollte gerade eine solche Studie dazu Anlaß geben, mit Hilfe der ersten Ergebnisse zu einer Hypothesenbildung zu gelangen. Dies scheint sinnvoll dadurch zu erreichen zu sein, daß man die eigenen Befunde mit den Ergebnissen anderer Arbeiten, die die gleiche Fragestellung berühren, zusammenbringt und zur Grundlage weiterer Überlegungen macht. So ist auch in der vorliegenden Arbeit verfahren worden.

Nachdem der Überblick über die Literatur gegeben worden ist, die sich mit dem Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und industrieller Arbeit beschäftigt (1. Kapitel), werden die empirische Studie und ihre Ergebnisse dargestellt (2. Kapitel). Daran anschließend werden unter Hinzuziehung anderer Arbeiten Überlegungen zur Rolle der Arbeit für die psychische Gesundheit und speziell für die des schizophrenen Patienten vorgenommen (3. Kapitel). Schließlich werden die Schlüsse dieser Überlegungen und die Befunde über die Rolle der Arbeitsrehabilitation innerhalb einer Therapie zur Grundlage für die Darstellung wichtiger Aspekte einer Arbeitsrehabilitation (4. Kapitel).

Bevor nun mit der eigentlichen Darstellung begonnen werden kann, sind noch ein Begriff und ein Postulat, die beide durchgehend in der Arbeit Verwendung finden, kurz darzustellen:

1. Verwendung des Begriffes 'krankmachend': Vorangestellt muß werden, daß die vorliegende Arbeit nicht vorhat, in den Streit über die sozio- oder biogenetische Ätiologie der Schizophrenien einzugreifen, der schon Stoff für Hunderte von Arbeiten war (6, 21). In der Arbeit wird daher allein davon ausgegangen, daß es sowohl 'krankmachende' als auch die psychische Gesundheit fördernde gesellschaft-

liche Einflüsse gibt, die auf eine schon geschädigte Persönlichkeit wirken können. Dabei bleibt die Frage unberührt, wie es zu dieser primären Schädigung gekommen ist, ob sie biogenetisch, soziogenetisch oder in der Kombination beider Ansätze zu erklären ist. Die Verwendung des Begriffes 'krankmachend' bedeutet also in keiner Weise eine Entscheidung für die eine oder andere Position. Eine solche Entscheidung hat auch in dem hier diskutierten Zusammenhang keinerlei praktische Bedeutung, denn selbst jeder moderne biogenetisch orientierte Psychiater wird davon ausgehen, daß es auch gesellschaftliche Einflüsse auf den Krankheitsverlauf gibt (s. z.B. 132); also ist es auch für den biogenetisch orientierten Ansatz wichtig, diese Einflüsse zu kennen.

Eine weitere Voraussetzung, die mit der Verwendung des Begriffes 'krankmachend' einhergeht, ist die, daß belastende Verhältnisse 'krankmachende' Bedeutung haben. Hierbei handelt es sich - wie wir alle wissen - um keine zwingende Beziehung zwischen Belastung und psychischer Erkrankung: So werden z.B. nicht alle Menschen, die den gleichen Belastungen ausgesetzt sind, in gleichem Maße krank. Allein haben alle Arbeiten, die mit dem Stress-Begriff operieren, zeigen können, daß es eine signifikante Beziehung zwischen einerseits der Häufung und Stärke des Stress und andererseits der psychischen Erkrankung gibt. Nur ist diese Beziehung nicht allein durch den Stress bestimmt, sondern es kommen noch andere Faktoren, wie Konstitution, psychische Abwehrmechanismen etc. hinzu (98, 127). Darauf einzugehen hieße jedoch, in die Ätiologie-Diskussion zu geraten; dies aber soll in der vorliegenden Arbeit nicht geschehen. Es wird also in der Arbeit allein davon ausgegangen, daß mit der Zunahme von Belastungen auch - zumindest statistisch gesehen - die psychische Gesundheit zunehmend gefährdet wird, d.h.. diese Belastungen 'krankmachende' Bedeutung haben. Dabei soll weiterhin in die Überlegungen eingehen, daß hiervon besonders psychisch Kranke, d.h. auch Schizophrenen betroffen sein werden, da deren Persönlichkeit auf-

grund der Krankheit am ehesten zu gefährden ist.

2. Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen über 'psychisch Kranke' auf schizophrene Patienten: Wie schon angedeutet, gibt es nur relativ wenige Studien über die Beziehung zwischen industrieller Arbeit und psychischer Erkrankung; eine noch kleinere Gruppe bilden die Studien, die sich mit der Beziehung zwischen industrieller Arbeit und speziell der Schizophrenie beschäftigen. Um überhaupt einen Überblick zu gewinnen, müssen also in diesem Stadium wissenschaftlicher Forschung noch Befunde, die bei 'psychisch Kranken' erhoben wurden, auf Schizophrene übertragen werden; ein solches Vorgehen muß - da es immer angreifbar bleibt - ausdrücklich als 'Notlösung' deklariert werden. Dabei ist ein solches Vorgehen dann nur so lange legitim, solange die Übernahme von Ergebnissen und Schlüssen allein auf die gemeinsamen Momente der Schizophrenien mit den anderen psychischen Erkrankungen beschränkt bleibt. In der vorliegenden Arbeit wird dies eingehalten; darüber hinausgehende Schlüsse sind als reine Hypothesen zu lesen. Es wird sich also in der nachfolgenden Arbeit allein um Aussagen über den psychisch Kranken am Beispiel des schizophrenen Patienten handeln müssen, ohne daß dabei detailliert auf einzelne Merkmale der Schizophrenien eingegangen werden kann.

1. Kapitel:

Ergebnisse anderer Studien zur Bedeutung des industriellen Arbeitsplatzes für psychische Erkrankung

Im folgenden soll ein Überblick über den Stand der Forschung gegeben werden, die sich mit dem Zusammenhang von psychischer Erkrankung und den Verhältnissen am industriellen Arbeitsplatz beschäftigt. Dazu sind einmal die Arbeiten zu referieren, die an einer Population von Industriearbeitern den Grad und die Bedingungen psychischer Erkrankung und Störung untersuchen. Zum anderen sind hierzu die Ergebnisse der Arbeiten wiederzugeben, die an psychiatrischen - hauptsächlich schizophrenen - Patienten die Bedeutung des Arbeitsplatzes innerhalb der Rehabilitation und für die Zeit nach der Krankenhausentlassung studieren; es handelt sich hierbei um katamnestische Arbeiten. Dabei sollen im folgenden Literaturüberblick nur die in Stichprobe und Fragestellung groß angelegten Untersuchungen dargestellt werden. Die Studien, die Einzelfragen zu dem Thema bearbeiten, werden später im Zusammenhang der Diskussion und Analyse der vorliegenden empirischen Studie herangezogen.

I. Industriepsychiatrische Studien:

Von den hier zu nennenden Untersuchungen verwendet keine eine Nosologie psychiatrischer Erkrankungen, sondern es werden Skalen psychischer Gesundheit bzw. Störung aufgestellt. Solche Skalen hielten - in den Arbeiten, in denen dies unternommen wurde - auch einer Überprüfung mehrerer Psychiater bezüglich ihrer Brauchbarkeit für die klinische Beurteilung von Patienten stand. Allein die Fallsammlung von SIMMONS (138) zu diesem Thema fußt auf klinisch üblicher Nosologie. Eine solche Fallsammlung ist aber in unserem Zusammenhang von beschränkter Bedeutung, da sie nicht repräsentativ ist; besonders auch, weil in der Arbeit Patienten der verschiedensten Berufe dargestellt werden.

So berechtigt es auch sein mag, die Anwendung einer zu strengen Nosologie für bestimmte Fragestellungen abzulehnen, bzw. diese auch gar nicht anwenden zu können, so schwierig wird es dann aber auch, Vergleiche zwischen den Befunden der verschiedenen Arbeiten anzustellen. Wie schon angedeutet, muß im vorliegenden Fall so zu einem großen Teil von Befunden aus Untersuchungen mit 'psychisch Kranken' auf Verhältnisse bei schizophrenen Patienten geschlußfolgert werden; ein solches Vorgehen erlaubt dann jedoch nur Aussagen, die sich auf allgemeine Merkmale psychischer Erkrankung einschließlich der Schizophrenie beziehen.

Unter den Arbeiten, die sich ausgesprochen mit der Rolle der Arbeitssituation für psychische Gesundheit beschäftigen, sind einmal die Berichte der Ärzte und Psychiater zu nennen, die haupt- und nebenberuflich für die Industrie tätig sind. Es handelt sich bei diesen Arbeiten, über die an anderer Stelle berichtet worden ist (1), durchweg um relativ allgemein gehaltene Berichte, Wehklagen und Anleitungen zu einer Anpassungstherapie. Neben Ideologie bieten sie kaum brauchbare Aussagen oder Befunde für wissenschaftliche Forschung (siehe z.B.: 57, 75, 104, 130).

In zwei der drei größten Schichtenuntersuchungen über psychische Erkrankung (98, 119) konnte - kurz auf die Arbeitssituation explizit eingegangen - nachgewiesen werden, daß der Ärger und die Sorgen um den Arbeitsplatz sowohl mit der Höhe der sozialen Schicht als auch dem Grad psychischer Gesundheit negativ korrelieren. Weiterhin konnte gezeigt werden, daß hierbei die Angst um den Arbeitsplatz und das Gefühl der Ausbeutung und der Hilflosigkeit dieser gegenüber eine bedeutende Rolle spielen (119).

Die ersten echten großen industriepsychiatrischen Studien, die detaillierter auf die Bedingungen des industriellen Arbeitsplatzes eingingen, wurden 1930 von CULPIN und SMITH (38) und 1947 von FRASER vorgelegt (58). CULPIN und SMITH untersuchten mit Hilfe von Interviews über 1000 Arbeiter verschiedenster Qualifikationen in sowohl Büros als auch hauptsächlich Betrieben. Anhand der Interviews wurde dann eine Einstufung

in eine Skala psychischer Störung vorgenommen. Das Hauptinteresse dieser Arbeit lag noch - wie auch in der zu etwa gleicher Zeit entstandenen Untersuchung von HALLIDAY (79) - auf der Erforschung des Standes psychischer Gesundheit in einer Industriepopulation. So wie dies auch in den Arbeiten von MARKOWE und BARBER (110), PHILLIPS (123) und HENISZ (86), die in den 50iger und 60iger Jahren entstanden sind, noch einzige Fragestellung war. Auf die Arbeitsverhältnisse als Bedingungen ihrer Befunde gehen CULPIN und SMITH nicht detailliert ein. Die Autoren finden eine Beziehung zwischen Unzufriedenheit mit der Arbeit und psychischer Störung. Was hier Ursache und was Wirkung ist, welche Interdependenzen bestehen, wird nicht untersucht. Dennoch meinen die Autoren, durch ihre Studie Hinweise auf Faktoren erhalten zu haben, die die psychische Gesundheit gefährden. Sie erwähnen folgende Verhältnisse: " ... eine künstliche Entfernung von dem Produkt der Arbeit (so weiß z.B. eine Wäschereiarbeiterin schon bei ihrer Tätigkeit, ob ihre Arbeit gut oder schlecht ist; viele Büroarbeiter hingegen haben verzögerte Resultate und Erfolge ihrer Arbeit; oder ihre Arbeit wird allein durch die verschrobenen Vorstellungen von irgendjemanden beurteilt) und ein rigider Apparat der Organisation, der nur wenig Platz für persönliche Eigenheiten erlaubt und nur wenig Aussichten auf Veränderung und Aufstieg gibt" (S. 39 in: 38)

FRASERS (58) Arbeit untersucht 3083 Industriearbeiter anhand von Interviews durch Sozialarbeiter und Psychiater. Mittels dieser Daten und einer medizinischen Untersuchung werden dann die Einstufungen in 'psychisch krank' (hier neurotisch genannt) und 'physisch krank' vorgenommen. Auch in dieser Arbeit wird eine positive Beziehung zwischen der Unzufriedenheit mit der Arbeit und dem Vorliegen psychischer Erkrankung gefunden. Zur Frage von Ursache und Wirkung schreibt FRASER: "Es ist unwahrscheinlich, daß die Verbindung zwischen Unzufriedenheit mit der Arbeit und dem Vorkommen von Neurosen allein auf das erstere als Ergebnis des letzteren zurückzuführen ist; besonders wenn gefunden wurde, daß Arbeiter mit Tätigkeiten, die ihrer Intelligenz unangemessen waren, sowohl

ihre Arbeit unbefriedigender fanden als auch eine höhere Neurose-Rate als andere Arbeiter zeigten. Außerdem wäre es weit hergeholt anzunehmen, daß ihre Einstellung völlig das Ergebnis ihrer Neurose sei." (S. 38 in: 58). Als Gründe für die Unzufriedenheit wurden langweilige, monotone Arbeit, schlechte Arbeitsbedingungen und eine Überanstrengung der Augen bei der Arbeit als häufigste Punkte aufgezählt. Entsprechend fand sich dann auch, daß Arbeiten, die konstante Aufmerksamkeit verlangten (starke Beanspruchung der Augen, Unmöglichkeit von Gesprächen für zumindest die Hälfte der Zeit des Arbeitsganges) ebenso wie monotone Bandarbeiten mit einer Neurosehäufung verbunden waren. Daß es sich hierbei nicht um eine Selektion schon primär Kranker an diese Arbeitsstellen handelt, konnte ausgeschlossen werden, indem die Variable 'Gesundheit in den Jahren vor der Untersuchung' kontrolliert wurde. Schließlich wurden in der Studie noch untersucht, welche Bedeutung Arbeiten haben, die wenig Raum für eigene Initiative und Verantwortung lassen. Arbeiter in solchen Tätigkeiten und diejenigen mit wenig abwechslungsreicher Arbeit zeigten eine hohe Neurose-Rate.

ALPHEN DE VEER's Studie 'Success and Failure in Industry' (3) bestätigte in etwa die Ergebnisse der Arbeiten von CULPIN und SMITH und FRASER. Die Studie wurde mit Unterstützung des Health Centre der Phillips Werke in Eindhoven, das 27 000 Arbeiter zu betreuen hat, durchgeführt. Es wurden 300 männliche und weibliche Arbeiter (Zufallsstichprobe) untersucht. Dabei wurden die Betroffenen über 2 Jahre lang beobachtet. Eine Untersuchungsstichprobe von je 30 'schlecht' und je 30 'gut' angepaßten Arbeitern wurde dann intensiv studiert. Die Arbeit verwendet Interviews, psychologische Tests und den CORNELL MEDICAL INDEX (24) über psychische Störungen. Es konnte gezeigt werden, daß 40 % der Untersuchten psychische und psychosomatische Störungen hatten, die nach der 'Definition' des CORNELL MEDICAL INDEX nachgewiesen wurden. Dabei wurde gefunden, daß sowohl die Arbeiter mit zu schwieriger Arbeit (subjektives Eigenurteil) und mit zu viel Verantwortung (subjektives Eigenurteil) als auch die mit monotoner Tätigkeit,

die zu wenig Raum für eigene Entscheidungen läßt und zu viel Aufmerksamkeit auf den Arbeitsgang verlangt, ein höchstes Maß psychischer Störungen aufwiesen. Es wird weiterhin berichtet, daß diejenigen mit den meisten Störungen am stärksten über den Mangel an Entscheidungsmöglichkeiten klagten und sich an ihrer Arbeitsstelle unsicher und bedroht fühlten.

ALPHEN DE VEER kommt zu dem Schluß, daß die Industrie mit ihren Arbeitsbedingungen und ihren autoritären Strukturen mit eine Bedeutung in der Genese psychischer Erkrankung hat.

GADOUREK in seiner Fragebogenstudie 'Absences and Well-Being of Workers' (71) findet im Rahmen seiner Fragestellung an einer Stichprobe von 2209 Arbeitern aus 21 niederländischen Industriebetrieben folgendes: Unzufriedenheit mit der Arbeit, ein niedriger Status in der eingenommenen Tätigkeit sowie das Gefühl, sich bei der Arbeit überwacht zu sehen, korrelieren mit psychosomatischer Erkrankung. Gleiches gilt für die Angst, seinen Arbeitsplatz zu verlieren.

SMITH (141) fand an einer Stichprobe von 91 Patienten, die innerhalb von 4 Jahren zur psychiatrischen Konsultation aus Industriebetrieben überwiesen wurden, daß 84 Schwierigkeiten hatten, die nicht mit ihrer Arbeit im engeren Sinne zu tun hatten, sondern in Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen begründet waren. Nur in den restlichen 7 Fällen konnten die Störungen mit der Arbeit an sich in Zusammenhang gebracht werden (zu schneller Arbeitsgang, Wechsel der Arbeitsweise).

KORNHAUSER (97) nun hat auf diesem Gebiet sicherlich die am weitesten ins Detail gehende Untersuchung vorgelegt. Die Arbeit wurde an 407 männlichen Fabrikarbeitern durchgeführt. Dazu wurde noch eine Vergleichsgruppe von 248 'white-collar' Arbeitern untersucht. Grundlage der Untersuchung bildeten etwa 3 1/2 Stunden dauernde Interviews mit den Arbeitern und zum Teil deren Familien. Weiterhin wurden Auskünfte aus den Kliniken und von Ärzten eingeholt. Die Einstufung in eine 'Mental Health' Skala wurde dann anhand des gesammelten Materials vorgenommen. Dabei konnte eine Art Validierung der Skala durch unabhängige 'Rater' (Psychiater und Psychologen) an einer Stichprobe von 40 Personen erreicht werden. Dann wurde eine

künstliche Aufteilung der Untersuchungsgruppe in ein Drittel mit einem hohen Grad psychischer Gesundheit und eine Drittel mit niedrigem Grad psychischer Gesundheit vorgenommen. Das restliche Drittel bestand aus denjenigen, die zwischen den beiden genannten Gruppierungen eingestuft waren. Anhand dieser Einteilungen und der damit verbundenen Beschreibung psychischer Gesundheit wurden alle weiteren Zuordnungen vorgenommen. Auch KORNHAUSER findet wieder eine deutliche Beziehung zwischen der Unzufriedenheit mit der Arbeit und geringer psychischer Gesundheit. "Wenn die untersuchten Arbeiter nach Fachkenntnissen, der Verschiedenheit der Arbeitsgänge, der Verantwortung und Bezahlung klassifiziert werden, so zeigt die Skala psychischer Gesundheit eine durchgehende und signifikante Korrelation zu der Höhe des Beschäftigungsniveaus. Je höher die Beschäftigung, je höher ist der Grad psychischer Gesundheit im allgemeinen." (S. 56 in: 97). Es konnte gezeigt werden, daß dieses Ergebnis nicht Resultat einer Selektion schon primär Kranker in unteren Berufsgruppen darstellt (S. 66-75 in: 97). Bei einer weiteren Einteilung ergab sich, daß ungelernte Arbeiter in repetitiver Tätigkeit (z.B. am Band) nach ungelernten Arbeitern in anderer als repetitiver Tätigkeit und noch mehr nach gelernten Arbeitern das geringste Maß psychischer Gesundheit hatten. In der weiteren Analyse der Arbeitsbedingungen, die für die genannten Befunde verantwortlich gemacht werden konnten, ergab sich, daß die 'Unmöglichkeit, bei der Arbeit seine Fähigkeiten anwenden zu können', am stärksten mit geringer psychischer Gesundheit korrelierte. Weitere Faktoren mit etwas geringerer signifikanter Beziehung zu psychischer Erkrankung sind die folgenden: Unsicherheit, den Arbeitsplatz zu behalten; schlechtes Auskommen mit dem Vorarbeiter, Chef und den Kollegen; keine Aufstiegsmöglichkeiten; zu geringer Verdienst und große, unüberschaubare Betriebe. Nachdem die zuletzt genannten Faktoren isoliert wurden und innerhalb der weiteren Analyse kontrolliert werden konnten, fand KORNHAUSER, daß repetitiver Arbeit an sich nicht größere Bedeutung für psychische Erkrankung zukommt, so wie es erst schien. Allein sind mit repetitiver und maschinenbestimmter (machine-paced) Arbeit die oben genannten Faktoren

korreliert, über die es dann zu dem Befund einer signifikanten Beziehung zwischen psychischer Erkrankung und repetitiver Tätigkeit kommt.

Mit diesen wenigen - und mit Ausnahme KORNHAUSERS - kaum sehr detaillierten Studien ist schon ein Überblick über den Stand empirischer Forschung auf diesem Gebiet gegeben. Es kann zusammenfassend gesagt werden, daß die Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz mit psychischer Erkrankung und Störung korreliert. Dieser Befund kann nicht in der Weise interpretiert werden, daß die primär schon Kranken die Unzufriedenen sind. Die weitergehenden Analysen zeigten nämlich, daß keine Selektion primär schon Kranker an die entsprechenden Arbeitsplätze stattgefunden hatte. Die Ergebnisse verallgemeinernd kann gesagt werden, daß sowohl die Arbeitsbedingungen, die über den Fähigkeiten und Ansprüchen der Betroffenen lagen, als auch besonders die, die unter diesen lagen, mit psychischer Erkrankung korrelierten. Darüber hinaus wurde auf Konflikte mit den Vorgesetzten und Kollegen, auf die Betriebshierarchie und die Sorge um den Arbeitsplatz in ihrer Bedeutung für psychische Gesundheit hingewiesen.

II. Katamnestic Studien:

Die Studien, die sich mit der Frage des Arbeitsplatzes in seiner Bedeutung für den entlassenen Patienten - und hauptsächlich schizophrenen Patienten - beschäftigen, bieten fast ausschließlich nur quantitative Aussagen, die nicht näher auf die speziellen Arbeitsplätze eingehen. Dies und die Tatsache, daß die aufzuführenden Studien fast ausnahmslos zu den gleichen Befunden kommen, läßt es sinnvoll erscheinen, die Befunde zusammenfassend darzustellen, ohne dabei gesondert auf die einzelnen Arbeiten einzugehen.

In den katamnestic Studien, die die Frage des Arbeitsplatzes in seiner prognostischen Bedeutung mit aufnehmen, zeigt sich, daß zwischen 20 und 60 % der entlassenen Patienten einen festen Arbeitsplatz finden (27, 31, 59, 81, 114, 128). Zu den unterschiedlichen Angaben kann es u.a. dadurch gekommen

sein, daß sowohl unterschiedlich lange Perioden der Nachuntersuchung (6 Monate bis 5 Jahre) als auch verschieden strenge Maßstäbe bei der Einstufung 'arbeitslos', 'arbeitend' etc. gewählt wurden. BROWN (27) findet, daß $\frac{2}{3}$ der erst aufgenommenen und $\frac{1}{5}$ der mehrmals aufgenommenen Patienten an den Arbeitsplatz zurückkehren, an dem sie schon vor dem Krankenhausaufenthalt waren. COLE (33), der keine derartige Unterteilung der untersuchten Patienten vornimmt, findet in seiner Studie, daß etwas mehr als die Hälfte der Patienten an den alten Arbeitsplatz zurückgehen. In all diesen Studien wird das Zurückkehren an einen Arbeitsplatz - sei es der alte oder ein anderer - als ein prognostisch ausgesprochen günstiger Faktor dargestellt (27, 35, 45, 78, 152): Die Patienten, die wieder arbeiten, haben die geringste Rezidivquote. Man könnte nun vermuten, daß ein solcher Befund allein folgendes wiedergibt: die 'gesündesten' Patienten gehen wieder arbeiten, die anderen bleiben arbeitslos. Da von den ersteren anzunehmen ist, daß sie eine geringere Rezidivquote haben, könnte es so zu dem genannten Befund gekommen sein. Daß eine solche Vorstellung nicht als wesentliche Erklärung herangezogen werden kann, zeigen die folgenden Arbeiten: FREEMAN und SIMMONS (59) und SUSSER (145) konnten nämlich nachweisen, daß zwischen der klinischen Symptomatik und dem Verhalten auf der Station - wie es von MONK (114) untersucht wurde - einerseits und dem Zurückkehren an eine Arbeitsstelle andererseits keine Beziehung besteht. WALKER und MC COURT (151) konnten darüber hinaus zeigen, daß die Arbeitsaktivität der Patienten auf der Station keine Vorhersage über deren Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung erlaubt. MARKOWE und TONGE (111) finden zwar, daß die Art der psychischen Erkrankung keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung besitzt, der Grad psychischer Störung (inadäquate affektive Reaktionen, emotionale Instabilität etc.) jedoch wesentliche Bedeutung hat. Allein RENTON (128) findet - im Gegensatz zu den zitierten Arbeiten - eine positive Korrelation zwischen klinischer Symptomatik während des Krankenhausaufenthaltes und der erfolgreichen Aufnahme einer Arbeit nach der Entlassung.

Bezüglich der Bedeutung von Chronizität für die Arbeitsfähigkeit kann keine eindeutige Aussage gemacht werden. So zeigt die Arbeit von COLE, SHUPE und ALLISON (34), daß sich aus der kumulativen Dauer des Krankenhausaufenthaltes schizophrener Patienten keine Vorhersage über ihre Arbeitsfähigkeit in einem Industriebetrieb herleiten kann. Allein die Höhe des IQ-Wertes erlaubte Vorhersagen; je geringer die Intelligenz, je geringer die Chance, erfolgreich, d.h. durchschnittlich, im Betrieb zu arbeiten. Ob dabei geringe Intelligenz als unabhängige Größe gesehen werden kann oder ob sie selbst auch Folge des chronischen Krankheitsprozesses ist, bleibt offen (s. hierzu: 82). Die Ergebnisse der zuletzt zitierten Arbeit müssen noch auf dem Hintergrund gesehen werden, daß nur diejenigen untersucht wurden, die in einem Industriebetrieb arbeiteten; diejenigen, die nicht arbeiteten, fielen aus der Studie heraus, so daß sich eine Selektion ergab. An die Bedeutung der Selektion für die zitierten Ergebnisse und damit an die eigentlich negative Bedeutung von Chronizität lassen besonders andere Arbeiten denken, die nämlich gerade nachgewiesen haben, welchen prognostisch ungünstigen Faktor Chronizität darstellt (54, 99).

Ergänzend anzufügen sind hier noch die Ergebnisse von COLE (32) und COOPER (35). COLE findet, daß die Patienten, die in den unteren Berufsgruppen vor dem Krankenhausaufenthalt gearbeitet hatten, in der Katamnese gehäuft in der Gruppe der Arbeitslosen sind; dies korreliert zugleich mit einer hohen Rezidivquote. COOPER konnte weiterhin zeigen, daß die Höhe der sozialen Schicht mit dem Zurückgehen in den alten Beruf (nicht unbedingt an die alte Arbeitsstelle) positiv korreliert. Ein Befund, der im Einklang mit z.B. auch der Arbeit von MYERS/BEAN (118) steht, wonach es besonders für die Unterschicht schwieriger ist, sich in den alten Verhältnissen zurechtzufinden und ihre Berufsposition zu halten.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß das Zurückkehren an einen Arbeitsplatz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen echten prognostisch günstigen Faktor darstellt. Patien-

ten der Unterschicht, Patienten, die also in unteren Berufsgruppen gearbeitet haben, ist ein 'Zurückfinden' nach den Ergebnissen dieser Arbeiten offensichtlich erschwert.

Betrachten wir nun nochmals die Ergebnisse der industriepsychiatrischen Forschung und die der katamnestischen Studien, so ergibt sich ein widersprüchliches Bild. Erscheint in den Untersuchungen der ersten Gruppe Arbeit in 'krankmachender' Bedeutung, so zeigt sie sich in den Untersuchungen der zweiten Gruppe als prognostisch äußerst günstiger Faktor. Diesen Widerspruch zu analysieren und aufzuheben, wird im 3. Kapitel unternommen.

2. Kapitel:

Eine empirische Studie zur Frage der Bedeutung des industriellen Arbeitsplatzes für den schizo- phrenen Patienten

Die vorliegende Studie will eine Antwort auf die Frage zu liefern versuchen, wie der schizophrene Patient seinen industriellen Arbeitsplatz erlebt. Einmal soll eine Auskunft über die Verhältnisse am Arbeitsplatz erhalten werden, soweit dies durch ein Interview in Erfahrung zu bringen ist. Das Hauptinteresse liegt allerdings auf dem subjektiven Erleben der Verhältnisse am Arbeitsplatz. Wie wird die Situation am Arbeitsplatz erlebt, gibt es hier Unterschiede im Vergleich zu den Patienten einer Kontrollgruppe und welche Unterschiede sind das, dies sind die wesentlichen Fragen. In einer weiteren Stufe der Analyse soll versucht werden, gefundene Unterschiede zu erklären. Die genannten Fragen werden in mehreren Komplexen angegangen: Einstellung zur Arbeit allgemein, Erleben der Situation am Arbeitsplatz im engeren Sinne, Verhältnis zu Kollegen, Verhältnis zu den direkten Vorgesetzten, Beurteilung des gesamten Betriebes. Dabei beziehen sich die Fragen

auf die jeweilige Arbeit vor dem Klinikaufenthalt.

Bei der Frage nach der Bedeutung von Belastungen für die psychische Gesundheit wird - wie einleitend dargestellt - davon ausgegangen, daß das, was als belastend erlebt wird, auch die psychische Gesundheit belastet und somit 'krankmachende' Bedeutung erlangt.

Die Ergebnisse der Studie werden dann im 3. Kapitel zusammen mit anderen Arbeiten über die Bedeutung industrieller Arbeit in einem weiteren Rahmen diskutiert.

I. Methodik der Untersuchung:

Der Stand der Forschung auf einem Gebiet kann auch die Methodik für Untersuchungen in diesem Gebiet bestimmen; so auch in der vorliegenden Studie. Da mit der Fragestellung der vorliegenden Studie keine anderen Arbeiten gefunden wurden, hat man, wie allgemein in der empirischen Sozialforschung üblich, die Fragestellungen relativ breit anzulegen (107). Mangels Ergebnissen anderer Studien, die vielleicht schon Hinweise auf bestimmte wichtige Bereiche hätten geben können, mußten solche Bereiche erst einmal durch die Studie gesucht werden. Allerdings konnten die Ergebnisse der industriepsychiatrischen Forschung mit herangezogen werden, weil sie die Fragestellung der vorliegenden Arbeit berühren. Für die empirische Sozialforschung wird empfohlen, bei Fragestellungen, zu denen noch keine genauen Arbeitshypothesen aufgestellt werden können, weil die dazu notwendigen Forschungsergebnisse anderer Arbeiten fehlen, das Interview als Untersuchungsmethode zu verwenden (107). Das Interview bietet den Vorteil, in einem 'unbekannten' Forschungsbereich im Verhältnis zum Fragebogen relativ viel in Erfahrung zu bringen. Es hat aber den Nachteil, relativ weniger exakt vergleichbare Ergebnisse zu liefern. Da aber zugleich mit der vorliegenden Studie eine Fragebogen-Untersuchung durchgeführt wurde (Zwischenbericht in: 2), konnte um so leichter auf diesen Nachteil eingegangen werden. Beim Interview gibt es drei Formen: das

standardisierte, das halbstandardisierte und das nicht-standardisierte Interview; zusätzlich können die Fragen offen oder nicht offen sein. Für die Untersuchung wurde das Interview mit halbstandardisierten und zumeist offenen Fragen gewählt, weil bei der gestörten Kommunikationsfähigkeit schizophrener Patienten die standardisierte Form als zu rigide erschien. Beim standardisierten Interview schien eine Kommunikation besonders gefährdet zu sein. Ob sich hierdurch Verzerrungen in den Ergebnissen ergeben haben, müßte in einer anderen Arbeit im Vergleich mit den Ergebnissen der erwähnten Fragebogen-Studie festzustellen versucht werden.

Schließlich ist auch noch eine weitere Form der Fragestellung - ob verschlüsselt oder nicht verschlüsselt - durch den Stand der Forschung auf einem Gebiet bestimmt (133, 107). Indirekte, verschlüsselte Fragestellungen sind natürlich nur dann sinnvoll, wenn man in der Lage ist, diese interpretieren zu können. Um dies aber tun zu können, sind wiederum Kenntnisse über das untersuchte Gebiet Voraussetzung. Da diese nicht vorliegen, mußten also - bis auf wenige Ausnahmen - direkte, unverschlüsselte Fragen gewählt werden. Allerdings schleichen sich auch hierdurch Verzerrungen in die Ergebnisse ein. So kann sich derjenige, der interviewt wird, auf die vermuteten Erwartungen von Seiten des Interviewers einstellen. Es können unehrliche Antworten zustande kommen, weil man z.B. dem Interviewer gegenüber soziale Angst oder Scheu hat.

Es wurde also ein halbstandardisiertes Interview mit offenen und nicht offenen Fragestellungen in fast ausschließlich direkter Form gewählt. Das Interview dauerte etwa 45 Minuten. Während des Interviews wurden Aufzeichnungen gemacht, die danach in den Interview-Bogen (s. Anhang) übertragen wurden. Die Untersuchung wurde an einer Gruppe schizophrener Patienten und einer Kontroll- und Vergleichsgruppe chirurgischer Patienten vorgenommen. Die chirurgischen Patienten wurden gewählt, weil postuliert wurde, daß in dieser Gruppe von Patienten noch relativ wenig psychische Krankheitskomponenten eine Rolle spielen. Es wurden dabei alle Patienten in die Untersuchung aufgenommen, auf die die folgenden Krite-

rien zutrafen:

1. Der Patient mußte Industriearbeiter sein.
2. Er hatte zwischen 20 und 59 Jahre alt zu sein.
3. Er mußte vor der Einweisung in ein Krankenhaus mindestens für drei Monate an einem Arbeitsplatz tätig gewesen sein; zwischen der Aufnahme in ein Krankenhaus und dem letzten Arbeitstag durften nur bis zu 4 Wochen liegen.
4. Bei ihm mußte die Bereitschaft und Möglichkeit vorliegen, nach der Entlassung wieder zu arbeiten.
5. Der Krankenhausaufenthalt durfte zwischen 1 und 9 Monaten liegen.

Für die schizophrenen Patienten zusätzliche Kriterien waren:

6. Es durfte keine Alkohol- und Drogenanamnese, keine akut produktive Symptomatik, keine eindeutig nachgewiesene hirnorganische Symptomatik vorliegen.
7. Der Patient durfte nicht mehr als 6 Schübe hinter sich haben.

Die Diagnose 'Schizophrenie' mußte von der Klinik gestellt werden. Das Interview wurde dann bis zu 8 Tagen vor der geplanten Entlassung eines Patienten vorgenommen. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 15.9.1969 bis zum 1.6.1970. Die Patienten kamen aus der KARL-BONHOEFFER-NERVENKLINIK und aus der LANDESNERVENKLINIK BERLIN. Die Patienten der Vergleichsgruppe stammten aus den chirurgischen Abteilungen des KLINIKUM-WESTEND. und des STÄDT. BEHRING-KRANKENHAUS.

II. Zur Kritik der Methodik empirischer Sozialforschung:

Neben den schon beschriebenen möglichen Fehlerquellen, sind noch weitere mögliche Verzerrungen der Befunde kurz darzustellen, die auf einer allgemeinen Schwierigkeit empirischer Sozialforschung basieren.

Arbeiter sind durch schichtenspezifische Verhältnisse und schichtenspezifische Sozialisation in ihrer verbalen Ausdrucksfähigkeit verkrüppelt (13, 121). Es ist also in gewisser

Weise naiv anzunehmen, daß sie detailliert schildern könnten, was sie erleben. Besonders gilt dies auch, wenn man aus einer anderen Schicht kommend als Interviewer auftritt. Hier ist zu vermuten, daß sie beim Bemerken ihrer Unfähigkeit, ihre Situation beschreiben zu können, sich zurückziehen. Besonders ist dabei auch eine Kommunikation durch die andere Sprache des Interviewers gefährdet.

Weiterhin ist zu erwägen, daß die Arbeiter demjenigen, der nicht zu ihnen gehört, nicht ihrer Schicht zugehört, nicht alles sagen (87). Werden sie doch als unterste Schicht nun noch zum Studienobjekt der Oberschicht 'degradiert'. Neben einem Verschweigen kann es hierdurch auch zu positiven Färbungen der Antworten kommen. Bei ehrlichen Antworten könnten die Verhältnisse der Arbeiter im Vergleich zu denen des Interviewers aus der Oberschicht noch viel degradierender erscheinen, als es schon bei vielleicht positiv gefärbten Antworten der Fall ist: Zuzugeben in sozial degradierenden Verhältnissen zu leben, fällt schwer.

Solche Fehlerquellen zu umgehen, gelänge vielleicht durch eine andere Form empirischer Sozialforschung, das regelmäßige Gruppengespräch. Bei einem solchen Gespräch würde ein viel engerer Kontakt aufgebaut, vermutete Erwartungshaltungen geschilderter Art könnten abgebaut werden. MC NAB (109) hat eine solche Methode mit schizophrenen Patienten für eine andere Fragestellung erfolgreich anwenden können.

III. Darstellung der Stichprobe:

Die Stichproben bestehen aus je 20 schizophrenen Patienten (S) und 20 Patienten aus der Chirurgischen Klinik als Kontrollgruppe (K). Es wurden alle Patienten in die Untersuchung mit eingeschlossen, die den auf S. 19 angegebenen Kriterien genügten. Bei den chirurgischen Patienten waren es die Forderung nach mindestens 4 Wochen Krankenhausaufenthalt und die, in einem Industriebetrieb gearbeitet zu haben, die einen großen Teil der Patienten aus der vorliegenden Studie ausschlossen. Aus der großen Gruppe schizophrener Patienten konnte ebenfalls nur ein Teil in die Untersuchung aufgenommen werden, weil für

viele hauptsächlich die folgenden Kriterien nicht erfüllt waren: Industriearbeiter; Möglichkeit, nach der Entlassung wieder zu arbeiten; maximal bis 4 Wochen vor Krankenhauseinweisung mußte noch gearbeitet worden sein. Es verweigerte je ein Patient in jeder Gruppe das gewünschte Interview. Beim Interview wurde durch Sprechweise und Wortwahl der Eindruck erweckt, daß in der Gruppe der schizophrenen Patienten gehäuft ein zu positives Bild gegeben wurde. Dies schien bei 11 der schizophrenen Patienten und nur bei 5 der Kontrollpatienten der Fall zu sein.

Eine Charakterisierung der beiden Gruppen und der Unterschiede zwischen den beiden ist in der Tb. 1 vorgenommen worden.

Tb. 1 Charakterisierung der Stichprobe: Daten zur Person und zur Erkrankung

<u>Merkmal</u>	<u>schizophrene Patienten (S)</u>	<u>Kontrollgruppe (K)</u>	<u>Unterschiede</u> ¹⁾
<u>Alter: (Mittelwert)</u>	35	47	
<u>Personenstand:</u>			
a) ledig	13	1	
getrennt	1	0	
geschieden	3	3	zwischen a)
verwitwet	0	1	und b)
b) verheiratet	3	15	p < 0.002
<u>Dauer des Aufenthaltes:</u>			
bis zu 2 Monaten	5	18	zwischen 'bis
3 bis 5 Monate	6	2	2 Mon.'und
6 bis 9 Monate	9	0	'länger' ist
			p < 0.002
<u>Schubzahl:</u>	<u>S</u>	<u>Schubzahl:</u>	<u>S</u>
1	3	4	7
2	4	5	2
3	3	6	1
111-----			

1) Diese und alle folgenden Berechnungen mit: Chi²-Vierfelder-Test, zweiseitig getestet (161).

Bezüglich des Altersunterschiedes in den beiden Gruppen muß schon hier gesagt werden, daß nach KORNHAUSERS (97) Untersuchung, in der auch eine jüngere Gruppe und eine Gruppe in mittlerem Alter untersucht wurden, ein derartiger Altersunterschied für die vorliegende Studie allein die Bedeutung haben könnte, daß eine geringe Tendenz zu einer größeren Zufriedenheit bei der Beurteilung der Verhältnisse am Arbeitsplatz bei der älteren Gruppe besteht.

Eine weitere Beschreibung der beiden Gruppen erfolgt in der Tb. 2, die nähere Auskunft über Sozialdaten und das Berufsleben der Untersuchten gibt.

Tb. 2 Charakterisierung der Stichproben: Sozial- und Berufsdaten

<u>Merkmal</u>	<u>S</u>	<u>K</u>	<u>Unterschiede</u>
<u>Schul Ausbildung:</u>			
Sonderschule	1	0	
Volksschule	14	18	n.s.
Mittelschule	4	2	
Oberschule	1	0	
<u>Berufsausbildung:</u>			
a) ungelernt	4	2	
nicht abgeschl. Berufsausbildung	8	1	zwischen a) und b)
b) gelernt	8	17	p < 0.01
<u>Arbeit im erstmalig ausgeübten Beruf:</u>			
ja	5	13	p < 0.05
nein	15	7	
<u>wenn nicht im erst- malig ausgeübten Beruf:</u>			
Aufstieg oder gleich- wertige Arbeit	6	7	p < 0.05

<u>Merkmal</u>	<u>S</u>	<u>K</u>	<u>Unterschiede</u>
Abstieg	9	0	

Berufshöhe im Vergleich zum Vater:

gleich/Aufstieg	8	18	p < 0.01
Abstieg	12	2	

Durchschnitt. Zeit an einem Arbeitsplatz:

a) bis zu 1 Jahr	10	3	zwischen a) und b) p < 0,05
1 bis 3 Jahre	6	3	
b) länger als 3 Jahre	4	14	

Einkommen:

bis 500 DM/Monat	6	0	zwischen 'bis 800' und 'darüber' p < 0.002
bis 800	10	4	
bis 1000	4	4	
bis 1300	0	9	
über 1300	0	3	

Größe des Betriebes:

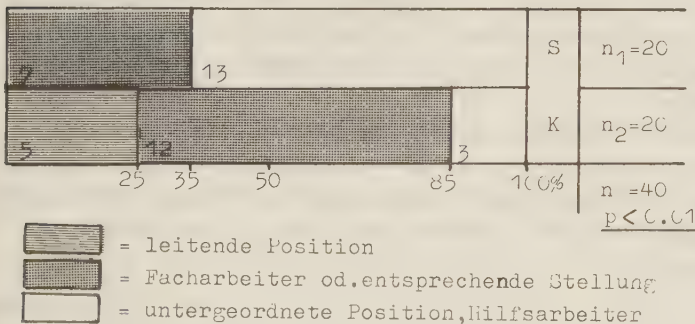
bis 20 Arbeiter	3	2	n.s.
bis 50	2	0	
bis 100	4	5	
bis 300	3	3	
größer	8	10	

Es zeigt sich das aus anderen Untersuchungen (s. z.B.: 13, 134) gewohnte Bild. Die schizophrenen Patienten kommen gehäuft aus den sozial niedrigsten Stellungen. Auch innerhalb der Gruppe der Industriearbeiter trifft dies zu. Bei den Patienten, die ja fast ausschließlich schon über Jahre krank sind (nur 3 waren im ersten Schub), zeigt sich ein Inter- und Intragenerations-Abstieg in der Berufshöhe. Offen bleibt, ob der häufigere Wechsel des Arbeitsplatzes bei den schizophrenen Patienten aufgrund der Erkrankung oder aufgrund der ungünsti-

geren Arbeitsplätze erfolgt; sicherlich werden beide Faktoren eine Rolle spielen.

Besonders hervorgehoben werden soll hier nun die Höhe der Berufsposition in beiden Gruppen (Abb. 1). Die schizophrenen Patienten arbeiten gehäuft in den unteren Berufspositionen, die Kontrollpatienten gehäuft in den oberen (leitende Positionen und Facharbeiten oder entsprechende Stellung).

Abb. 1: Angaben über die Höhe der Berufsposition ¹



IV. Darstellung von grundsätzlicher Fragestellung und Methodik der Auswertung der Befunde:

Grundsätzlich tauchen bei der Bearbeitung der Ergebnisse die folgenden drei Fragestellungen immer wieder auf:

1. Wie sieht die Arbeitswelt des schizophrenen Patienten aus und wie erlebt er diese?

Bei dieser Frage interessiert besonders, was im Betrieb

- 1) In der und den folgenden Abbildungen sind die Prozentzahlen an der Abszisse abzulesen; die Absolutzahlen sind links in den Ecken der jeweiligen Blöcke eingetragen. Die 100 %, zu denen sich die Blöcke jeweils addieren, beziehen sich auf die Zahl derjenigen, die auf die jeweilige Frage geantwortet hat; diese Zahl ist rechts in der Graphik eingetragen. Die Berechnung der Unterschiede ist mit dem χ^2 -Test, zweiseitig getestet, vorgenommen.

als belastend und was als angenehm erlebt wird. Dies ist von Bedeutung, weil für die Schlußfolgerungen der Studie die Annahme zugrunde liegt, daß das, was belastend erlebt wird, auch die psychische Gesundheit belastet. Im Zusammenhang dieser Fragestellung ist es noch unbedeutend, ob zwischen den Angaben der schizophrenen Patienten und denen der Kontrollgruppe Unterschiede bestehen, weil Belastendes nicht an Bedeutung verliert, nur weil die 'Gesunden' der Kontrollgruppe in der gleichen Situation sind. Bei der Darstellung der Ergebnisse zu dieser Fragestellung sind also keine Vergleiche zwischen den beiden Untersuchungsgruppen nötig.

2. Gibt es für schizophrene Patienten neben den Belastungen an ihrem Arbeitsplatz, denen sie gemeinsam mit den Patienten der Kontrollgruppe ausgesetzt sind, noch zusätzliche Belastungen?

Dies wurde mit dem χ^2 -Vierfelder-Test (zweiseitig getestet) geprüft (161). Als 'signifikant' werden alle Unterschiede auf dem 5 % Niveau und als 'noch nicht signifikant' (n.n.s.) alle Unterschiede auf dem 10 % Niveau angegeben.

3. Kommen gefundene Unterschiede aufgrund objektiv unterschiedlicher Gegebenheiten am Arbeitsplatz oder aufgrund unterschiedlicher subjektiver Faktoren, d.h. auf der Basis der Krankheit zustande?

Wird z.B. von den schizophrenen Patienten signifikant häufiger angegeben, daß sie sich bei der Arbeit abhetzen müssen, so kann das entweder aufgrund objektiver Gegebenheiten des Arbeitsplatzes der schizophrenen Patienten oder aufgrund subjektiver Maßstäbe der schizophrenen Patienten erfolgt sein. Liegt also ein solcher Unterschied nun darin begründet, daß die schizophrenen Patienten gehäuft in unteren Berufspositionen mit entsprechenden Arbeitsplätzen arbeiten? Oder liegt die Ursache für einen solchen Unterschied in der krankhaften Realitätswahrnehmung der schizophrenen Patienten? Um dies zu entscheiden, wurde folgendes Verfahren gewählt: Für alle

Komplexe, bei denen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachzuweisen waren, wurden nochmals die Unterschiede bei Konstanthaltung der Berufshöhe getestet (s. Abb. 1). Es wurden also z.B. die Gruppe der schizophrenen Patienten in höherer Berufsposition mit den Kontrollpatienten in höherer Berufsposition bezüglich der jeweiligen Fragestellung mit dem χ^2 -Vierfelder-Test (zweiseitig getestet) untersucht (161). Verschwinden bei dieser zweiten Testung die vorher signifikanten Unterschiede zwischen Schizophrenen und Nicht-Schizophrenen, so muß der erst gefundene Unterschied aufgrund einer Häufung bestimmter Berufspositionen in der einen oder der anderen Gruppe zustande gekommen sein. Verschwinden also in unserem Beispiel die Unterschiede, würde das heißen, daß die Angabe, sich bei der Arbeit abhetzen zu müssen, gehäuft von den schizophrenen Patienten gegeben wurde, weil diese gehäuft in unteren Berufspositionen arbeiten. Diese Arbeitsstellen zeichneten sich dann wohl offensichtlich u.a. dadurch aus, daß man sich abhetzen muß. Verschwindet bei der zweiten Testung - bei Konstanthaltung der Berufshöhe - ein signifikanter Unterschied nicht, so muß der Unterschied primär durch die Erkrankung Schizophrenie und den damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen bedingt sein. Würden also bei unserem Beispiel die Unterschiede nicht verschwinden, so läge es am Erleben des schizophrenen Patienten, anzugeben, sich bei der Arbeit abhetzen zu müssen. Leider werden für diese zweite Testung in manchen Fällen die Stichproben sehr klein. In solchen Fällen kann ein Befund mit statistisch nur geringem Unterschied allein schon darum verschwinden, weil die Stichprobe zu klein ist. In Fällen, wo offensichtlich signifikante Unterschiede verschwinden, nur weil dies der Fall ist, wird das besonders angegeben.

Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird auf die jeweilige Frage des Interview-Bogens mit einer Zahlenangabe,

die die jeweilige Frage bezeichnet, hingewiesen; der Interviewbogen mit der Numerierung der Fragen ist im Anhang wiedergegeben.

V. Ergebnisse:

1. Arbeitsplatz:

a) Arbeit - allgemeine Beurteilung:

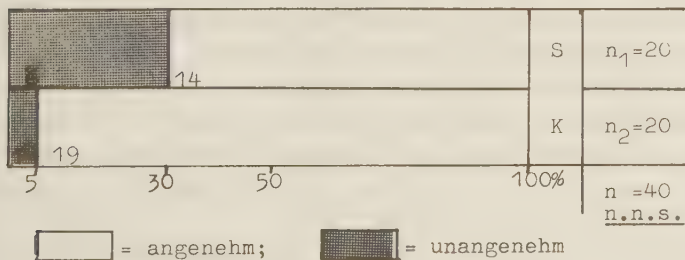
Allgemein besteht der Wunsch nach Arbeit bei den interviewten schizophrenen Patienten. So gaben 16 von 18 Patienten, die hierzu antworteten, den Wunsch an, nach der Entlassung zu arbeiten (Fr. I, 6c). Ein Leben ohne Arbeit wünschen sich dann entsprechend auch 18 der 20 untersuchten schizophrenen Patienten nicht; auch dann nicht, wenn keine materielle Notwendigkeit zur Arbeit bestünde (Fr. I, 6b). Was nun ist der Grund für eine so eindeutig erscheinende Bejahung der Arbeit? Macht die Arbeit Spaß oder ist es etwas anderes? Bei der Frage, ob die Arbeit eher als Segen oder eher als Last empfunden wird, deutet sich der Grund für die gefundene positive Einstellung zur Arbeit an (Fr. I, 6, 6a). Es können sich nur 3 von 19 dazu entschließen, die Arbeit eher als Segen zu bezeichnen. Weitere 3 Patienten geben an, die Arbeit eher als Last zu empfinden. Die Mehrzahl - die restlichen 13 - sehen in der Arbeit eine Notwendigkeit. Begründungen dafür sind - etwa gleich häufig genannt: 'Arbeit gehört dazu, ist normal' und 'man muß doch beschäftigt sein'. Zumeist wurde sogar verwundert reagiert, wenn nachgefragt wurde, warum denn Arbeit eine Notwendigkeit sei (nach der materiellen Notwendigkeit wurde ja nicht gefragt). Einige typische Antworten auf diese Nachfragen sollen hier wiedergegeben werden. "Arbeiten muß man doch überall" (S 20 Bandarbeiter). "Das ist doch so" (S 19 Lagerarbeiter). "Man muß doch etwas tun, ist doch sonst ungesund" (S 4 Elektromonteur) "Sonst wird man doch ganz bedrückt und weiß nicht, was man tun soll." (S 10 Transportarbeiter). "Man muß arbeiten, das gehört dazu." (S 12 Hilfsarbeiter im Röhrenwerk). "Ist doch notwendig, man muß doch was tun" (S 17 Hilfsmechaniker).

Bei den Befunden ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der schizophrenen Patienten und der Kontrollgruppe. Für beide Gruppen zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Arbeit - über die materielle Notwendigkeit hinaus - als Wert gesehen wird. Bei näherer Nachfrage gelingt es den Befragten beider Gruppen nicht, eine rationale Begründung für diesen Wert zu geben. Man hat sich offensichtlich mit der Notwendigkeit der Arbeit abgefunden und Arbeit als Wert in sich oder als Naturgegebenheit akzeptiert.

b) Der eigene Arbeitsplatz:

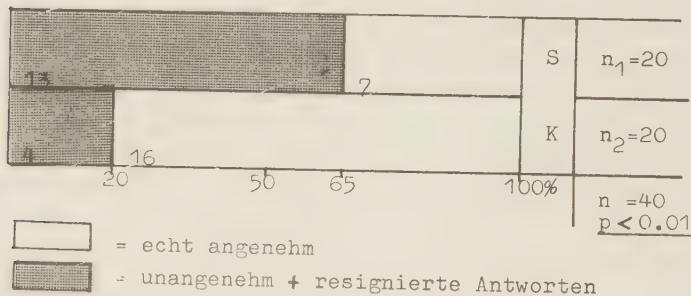
Wird gefragt, wie der eigene Arbeitsplatz, wie die eigene Arbeit von den schizophrenen Patienten beurteilt wird (Fr. I, 1g), so ergibt sich folgendes Bild: Eine Mehrzahl gibt an, daß sie ihre Arbeit als angenehm empfindet, daß sie ihr Spaß macht (Abb. 2a). Die Unterschiede zu der Kontrollgruppe, die derartige positive Antworten etwas häufiger gibt, sind noch nicht signifikant.

Abb. 2a: Beurteilung des eigenen Arbeitsplatzes



Werden allerdings noch die resignierten Antworten aus der Gruppe, die ihre Arbeit zwar als angenehm bezeichnet, jedoch durch ihre Antwort Resignation in diesem Bereich zeigt, zu denjenigen zugezählt, die ihre Arbeit offen als unangenehm einstufen, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Abb. 2b): Die schizophrenen Patienten empfinden ihre Arbeitssituation signifikant häufiger als unangenehm.

Abb. 2b: Beurteilung des eigenen Arbeitsplatzes - nach Berücksichtigung von Resignation



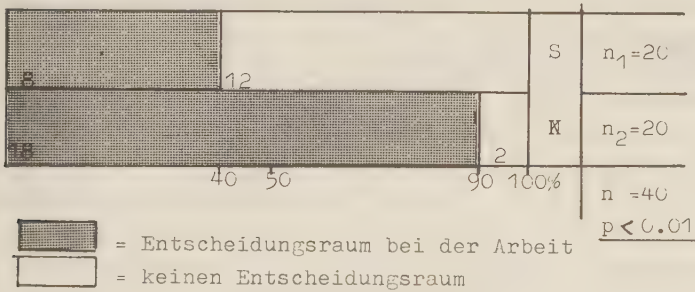
Derart resignierte Antworten sollen durch folgende Beispiele illustriert werden: "Ist schon gut, man muß sich ja reinfinden und arbeiten muß man ja überall" (S 19 Lagerarbeiter). "Ach, zufrieden, ich bin schon 4 Jahre dort; was Neues suchen ist schwer" (S 12 Hilfsarbeiter im Röhrenwerk). "Man sagt nichts, sonst wird man gekündigt; man ist so drin und unangenehm ist es eigentlich nicht" (S 7 ungelernter Schlosser und Schweißer). "Ach, eher angenehm, ich bin da jetzt und habe da meine Arbeit" (S 13 Lagerarbeiter).

Es scheint wohl einleuchtend, daß derartige Antworten nicht zu den Antworten echter Zufriedenheit gezählt werden konnten.

Wurde hier bei näherer Analyse der Antworten klar, daß die schizophrenen Patienten mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden-

dener oder zumindest allein aufgrund von Resignation zufrieden sind, so zeigt sich dies noch viel deutlicher bei der detaillierten Analyse der Verhältnisse am Arbeitsplatz. So arbeiten die schizophrenen Patienten signifikant häufiger an Arbeitsplätzen, die keine Möglichkeiten für eigene Entscheidungen lassen (Fr. I, 1f - Abb. 3).

Abb. 3: Angaben über den Entscheidungsraum bei der Arbeit



Leider wurde in diesem Zusammenhang versäumt, systematisch nach einer Beurteilung dieses Tatbestandes zu fragen. Allein fiel auf, daß fast alle, die einen derartigen Entscheidungsraum bei der Arbeit hatten, dies als sehr positiv bewerteten. Die Frage nach der Bewertung des Entscheidungsraumes bei der Arbeit müßte in einer anderen Studie näher angegangen werden.

Bei der weiteren Betrachtung der Verhältnisse am Arbeitsplatz fällt auf, daß die schizophrenen Patienten signifikant häufiger in monotonen Arbeiten tätig sind (Fr. I, 1a - Abb. 4a).

In Abb. 4b wird die Beurteilung monotoner Arbeit in beiden Gruppen wiedergegeben; es finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Abb. 4a: Vorkommen monotoner Arbeit

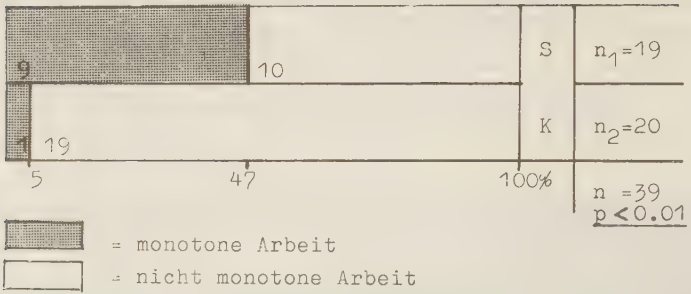
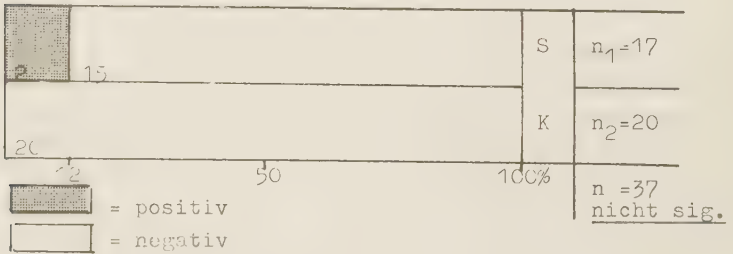


Abb. 4b: Beurteilung monotoner Arbeit



Bei der Zusammenstellung für die Einstufung negativer oder positiver Beurteilung wurde wie folgt vorgegangen: Es wurde in jeder Gruppe die Zahl derjenigen, die sich über ihre monotone Arbeit beklagten, mit der Zahl derjenigen zusammengezählt, die es als positiv empfanden, daß sie keine monotone Tätigkeit auszuführen hatten. Es sollen hier einige Beispiele der Antworten bezüglich der Frage der Monotonie aufgeführt werden. "Ist immer das Gleiche, man weiß immer wieder, was kommt; jeden Tag muß ich die gleichen Sachen von den Werkbänken - in den verschiedenen Abteilungen - abholen. Rauf auf den Wagen, und ins Lager; nee, das liegt mir nicht. Man kann nicht viel, aber das ist auch nichts" (S 2 Transportarbeiter). "Ist sture Arbeit, immer das gleiche Gefummel" (S 11 Feinmechanikerhelfer). "Stumpfsinn, ich finde mich damit einfach nicht ab; ich habe ja auch was anderes gelernt, ich muß mir was anderes suchen" (S 16 Maschinenwärter). Als ein Beispiel für die positive Bewertung monotoner Tätigkeit, die es ja auch in 2 Fällen gab, soll folgende Aussage dienen: "Ich finde das gut, es ist immer dasselbe, da braucht man nicht nachzudenken" (S 7 ungelernter Schlosser und Schweißer).

Es kann also festgehalten werden, daß die schizophrenen Patienten signifikant häufiger in monotonen Tätigkeiten beschäftigt sind, und sie eine derartige Arbeit - genauso wie die Kontrollpatienten - negativ beurteilen. Dies festzuhalten ist wichtig, weil es eine weit verbreitete Meinung ist, daß schizophrene Patienten mit einfacher und dann meist monotoner Tätigkeit zufrieden seien.

Bei der Frage nach weiteren Charakteristika der Arbeit, die mit dem Arbeitstempo in Zusammenhang stehen, ergeben sich folgende Ergebnisse (Abb. 5a,b, 6a,b, 7a,b): Eine Mehrzahl der schizophrenen Patienten kann bei der Arbeit nicht das Arbeitstempo selbst bestimmen; sie werden durch die Maschine oder andere Personen - meist Vorgesetzte - bei der Arbeit angetrieben (Fr. I, 1c - Abb. 5a). Die negative Beurteilung dieser Arbeitsbedingungen ist in beiden Gruppen fast durchgängig vorhanden. Dabei wurden wiederum die negativen Beurteilungen der Arbeiten, die nicht im Tempo des Arbeitsganges bestimmt werden können,

mit den positiven Beurteilungen der Arbeit zusammengezählt, die eine eigene Bestimmung des Arbeitstempos zulassen (Abb. 5b)

Abb. 5a: Bestimmung des Arbeitstempos

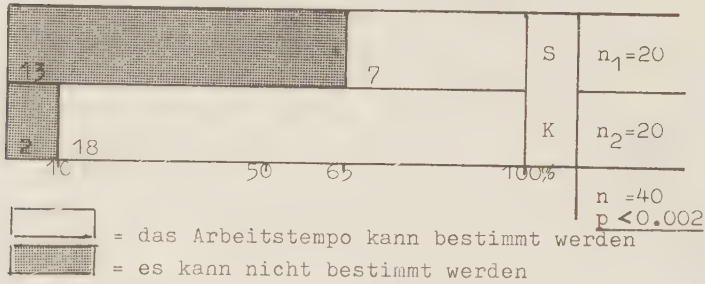
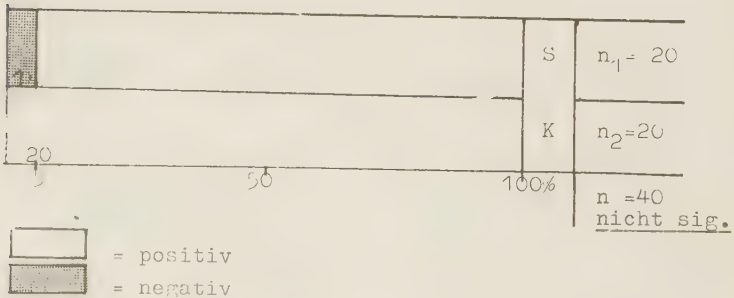


Abb. 5b: Beurteilung der Möglichkeit, das Arbeitstempo selbst zu bestimmen



So steht dann auch die Mehrzahl der schizophrenen Patienten unter Zeitdruck (Fr. I, 1b - Abb. 6) und hat keine Möglichkeiten, während der Arbeitszeit Pausen zu machen (Fr. I, 1c - 1d, Abb. 7a). Von wiederum fast allen der Befragten wird dies in beiden Gruppen als negativ beurteilt. Es ergibt sich also auch hier kein Unterschied in der Beurteilung des untersuchten Phänomens (Abb. 6b, 7b).

Abb. 6a: Zeitdruck bei der Arbeit

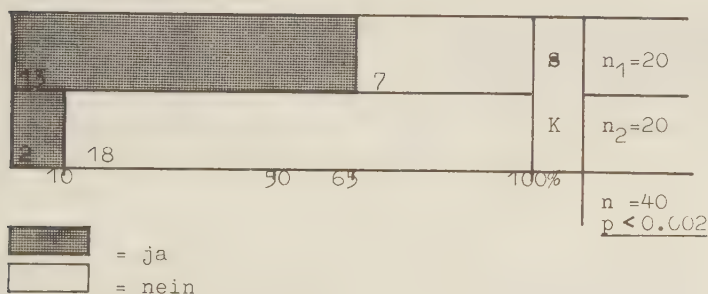


Abb. 6b: Beurteilung des Zeitdruckes bei der Arbeit

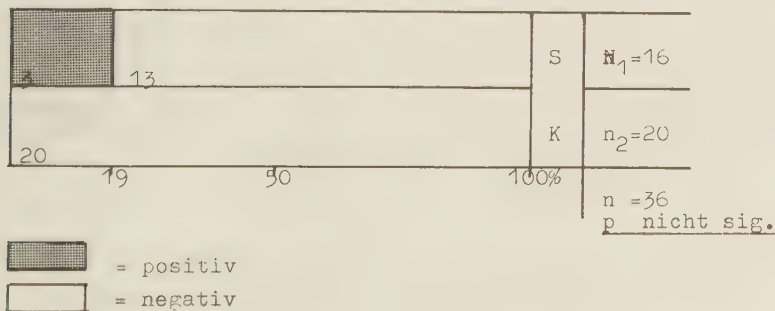


Abb. 7a: Möglichkeit von Pausen während der Arbeitszeit

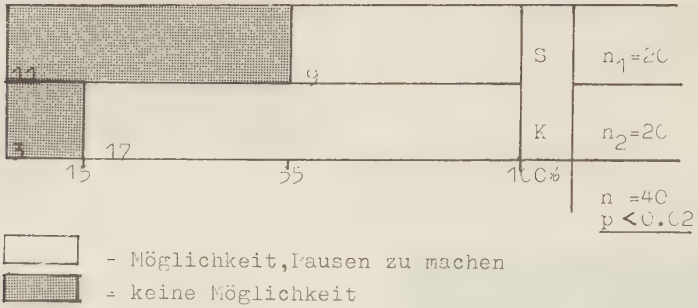
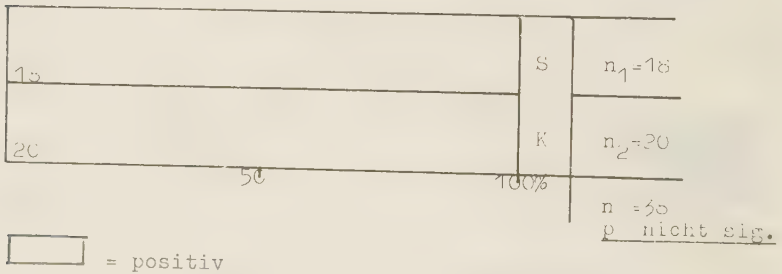


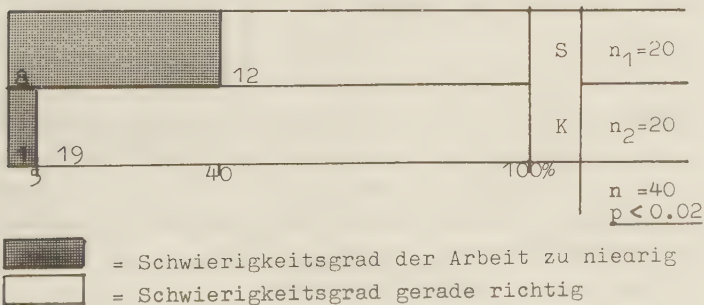
Abb. 7b: Bewertung der Möglichkeit, Pausen in der Arbeitszeit zu machen



Zur Illustration des Gesagten sollen hier nun noch einige Beispiele zitiert werden: "Man muß seine Stückzahl schaffen, wenn man einigermaßen was nach Hause bringen will; mit Pausen ist da nichts." (S 18 Hilfsmechaniker). "Ich wurde da oft immer hin und her gejagt. Und dann war man hinterher noch der Faule, wenn man mal sagte, daß einen alle scheuchen. Und Pausen - so nebenbei - konnte man da auch nicht machen, da kam dann schon immer jemand" (S 9 Transportarbeiter). "Mit so Pausen machen, ging da ja nicht, weil von den Bändern ja immer die Stücke kamen. Nur manchmal, wenn man mal schnell vorgearbeitet hatte, konnte man mal schnell rausgehen" (S 8 Kontrolleur an Bandstraßen).

Wie nun wird der Schwierigkeitsgrad der Arbeit eingeschätzt (Fr. I, 1e)? Es findet sich eine signifikante Häufung bei den schizophrenen Patienten, die - im Vergleich zur Kontrollgruppe - häufiger angeben, daß ihre Arbeit einen zu niedrigen Schwierigkeitsgrad hat; sie klagen darüber, daß die Anforderungen bei ihrer Arbeit zu gering seien (Abb. 8).

Abb. 8: Schwierigkeitsgrad der Arbeit

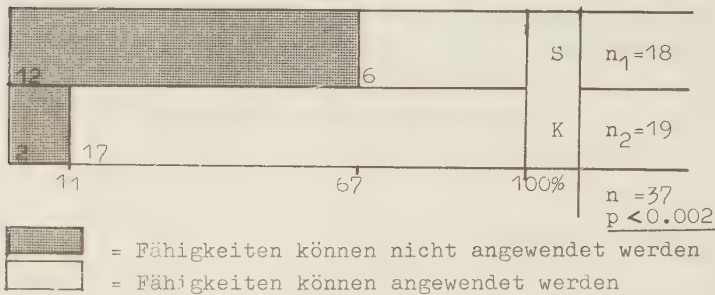


"Das ist ganz einfache Arbeit, die ist zu einfach" (S 15 Hilfsmechaniker). "Ist langweilig, zu einfach die Arbeit" (S 11 Feinmechanikerhelfer). "Wenn Sie mich fragen, die Arbeit

füllt mich nicht aus; sowas ist nicht gut" (S 8 Bandkontrollleur). Dem Befund einer Klage über zu einfache Arbeit entspricht auch das folgende Ergebnis. Es wurde gefragt, ob bei der Arbeit die eigenen Fähigkeiten und Geschicklichkeiten angewendet werden können (Fr. I, 5, 5a).

Bei den Antworten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Abb. 9a). Die schizophrenen Patienten geben gehäuft an, daß sie ihre Fähigkeiten bei der Arbeit nicht anwenden können.

Abb. 9a: Anwendung von Fähigkeiten bei der Arbeit

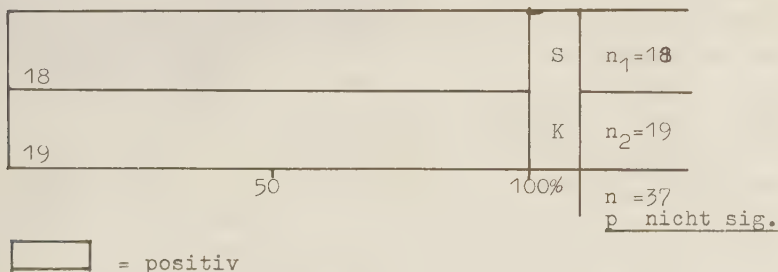


Bei dem Vergleich beider Gruppen bezüglich der Beurteilung dieser Arbeitsbedingung ergeben sich wiederum keine Unterschiede (Abb. 9b). Hierzu wurden die Antworten, die positiv die Möglichkeit erwähnten, bei der Arbeit seine Fähigkeiten anwenden zu können, mit den Antworten zusammengezählt, die die Unmöglichkeit, dies zu tun, negativ bewerteten.

Folgende Aussagen sollen als Beispiele hierfür stehen:
 "Ich habe ja was gelernt; das dort (die Arbeitsstelle) ist schmutzige Arbeit und immer das Gleiche, immer die gleiche Bewegung muß man machen; was ich so kann - sehr schwierige Arbeiten kann ich ja nicht machen, da werde ich nervös -

aber was ich so kann und früher gelernt habe, das kann ich da nicht gebrauchen und einsetzen; das macht ja einen so unzufrieden" (S 17 Hilfsmechaniker). "Das ist ja Stumpfsinn, die Maschine lief, manchmal mußte man da nachhelfen, wenn was klemmte, man konnte sonst aber nichts selber machen" (S 16 Maschinenwärter). Und einige Beispiele für eine positive Bewertung von denen, deren Arbeit es erlaubt, ihre Fähigkeiten anwenden zu können: "Ich hatte Pläne anzusehen und dann so zu kombinieren; was brauchst du hier und wie machst du das und so; das macht den Arbeitsplatz so gut für mich" (S 14 Hilfsschlosser). "Es waren immer verschiedene Sachen, Abwechslung, meine ich, war das schon; man mußte immer wieder Neues lernen, das gefiel mir. Und, was man da so gelernt hatte, das brauchte man ja auch bei der Arbeit; es war doch schon sehr interessante Arbeit" (S 1 technischer Prüfer). "Weil man bei der Arbeit ja nicht nur stur machen mußte, sondern sich die Sachen selbst überlegen mußte, darum ist es auch die erste Arbeitsstelle, die mir gefällt; man kann da was machen" (S 18 Werkzeugmacher).

Abb. 9b: Beurteilung der Möglichkeit, seine Fähigkeiten bei der Arbeit anwenden zu können



Zusammenfassend kann also festgehalten werden, daß die schizophrenen Patienten gehäuft in unbefriedigenden Arbeiten tätig sind. Sie stehen öfter unter Zeitdruck, können das Arbeitstempo nicht bestimmen, arbeiten gehäuft in monotoner Tätigkeit und empfinden ihre Arbeit im Schwierigkeitsgrad zu niedrig. Sie geben an, daß sie an ihrer Arbeitsstelle ihre Fähigkeiten nicht anwenden können. All dies wird genauso negativ wie in der Kontrollgruppe beurteilt.

Handelt es sich nun bei den gefundenen Unterschieden in der Beschreibung des Arbeitsplatzes um objektive Unterschiede der betreffenden Arbeitsstellen oder sind die gefundenen Unterschiede das Resultat 'krankhafter' Realitätseinschätzung bei den schizophrenen Patienten? Bei der nochmaligen Testung der Unterschiede zwischen den Gruppen, bei der die Berufshöhe kontrolliert wurde (s. S. 23), verschwanden alle gefundenen Unterschiede. Wir können also entsprechend der Ausführungen auf S. 24 sagen, daß die gefundenen Unterschiede zwischen den schizophrenen Patienten und den Kontrollpatienten nicht auf der Basis der Krankheit zustande gekommen sind, sondern daß sie das Resultat der Häufung Schizophrener in den unteren Berufspositionen sind. Die schizophrenen Patienten arbeiten also unter objektiv belastenderen Arbeitsbedingungen als die Kontrollpatienten.

Nach den genannten Befunden ist zu erwarten, daß sich noch andere Zeichen der Unzufriedenheit und des Wunsches nach Veränderung gehäuft bei den schizophrenen Patienten nachweisen lassen. Wünschen sich also die schizophrenen Patienten mehr als die Kontrollpatienten einen anderen Beruf (Fr. I, 3)? Wie die Abb. 10a zeigt, finden sich keine signifikanten Unterschiede. Nimmt man nun noch die offensichtlichen und explizit resignierten 'nein'-Antworten zu den Antworten der Patienten, die sich explizit einen anderen Beruf wünschen, so wird der Unterschied zwischen den Gruppen gerade 'noch nicht signifikant' (Abb. 10b). Nur nach diesem Verfahren scheint eine Tendenz dazu bestehen, daß schizophrene Patienten sich häufiger einen anderen Beruf wünschen.

Abb. 10a: Wunsch nach einem anderen Beruf

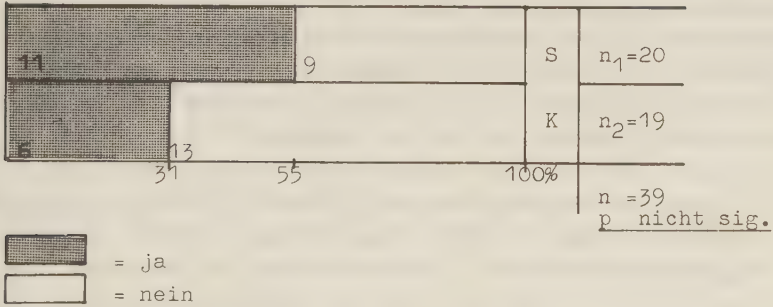
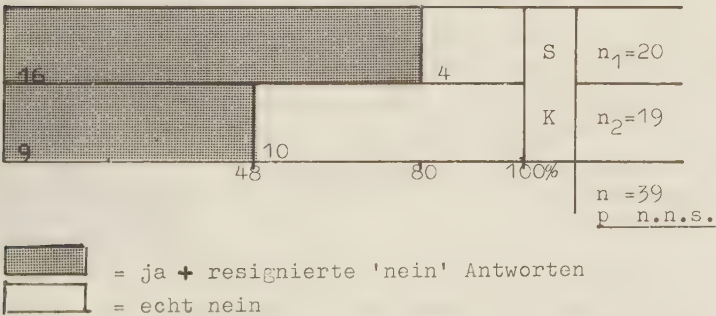


Abb. 10b: Wunsch nach einem anderen Beruf - nach Berücksichtigung von Resignation



Auch bei der Frage, ob Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig seien (Fr. I, 4), steht anstelle der erwarteten größeren Unzufriedenheit größere Resignation. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der schizophrenen Patienten. "Ja, Veränderungen, ich hab' mich da nicht drum gekümmert" (S 14 Hilfsschlosser). "Was soll man da anders machen, ich weiß nicht" (S 13 Lagerarbeiter). "Ich habe so keinen Überblick, ich weiß nicht, ob man was ändern könnte; das ist ja alles schwer zu beurteilen" (S 11 Feinmechanikerhelfer). Teilweise sind die Befragten verärgert darüber, daß man eine solche Frage überhaupt stellen kann.

Auch bei den Fragen, ob während der Arbeit oft auf die Uhr geschaut werde, ob man oft an den Feierabend denke und ob man oft unpünktlich zur Arbeit komme, ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Fr. I, 7a,c,d). Gleichfalls gibt es keine Unterschiede bei der Beantwortung der Frage, ob man des öfteren bei der Arbeit gefehlt habe (Fr. I, 7b). Die überwiegende Mehrheit beider Gruppen (zwischen 14 und 19) kam pünktlich und fehlte nicht oft bei der Arbeit. Während der Arbeit wurde ebenfalls nicht oft auf die Uhr geschaut und nicht oft an den Arbeitsschluß gedacht.

Auch scheinen sich die schizophrenen Patienten nicht von den Kontrollpatienten darin zu unterscheiden, daß sie mehr und negativer von der Arbeitsstelle mit Bekannten oder der Ehefrau sprechen (Fr. I, 2, 2a). Etwa je die Hälfte beider Gruppen spricht überhaupt über seine Arbeit. Davon wiederum spricht je die Hälfte dann zumeist in negativer Weise darüber; d.h. es wird dann zumeist über Ärger am Arbeitsplatz, mit Kollegen und Vorgesetzten erzählt.

Es kann festgehalten werden: Die schizophrenen Patienten arbeiten in objektiv belastenderen Arbeitsplätzen, sie erleben genauso das als belastend, was die Kontrollpatienten als belastend erleben. Dennoch klagen sie bei einer allgemeinen Beurteilung ihrer Arbeitsstelle nicht oder nur kaum signifikant mehr über diese Arbeitsstellen. Sie haben sich also resigniert abgefunden mit ihrer objektiv schlechteren Situation; Änderungs-

vorstellungen und der Wunsch nach einem Wechsel der Arbeit oder andere Zeichen der Unzufriedenheit zeigen sich ebenfalls nicht häufiger bei den schizophrenen Patienten.

2. Verhältnis zu Kollegen:

Bei der ersten allgemeinen Frage nach dem Kontakt mit den Kollegen ergeben sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, die allerdings nicht signifikant sind. 10 der 20 schizophrene Patienten und 15 der Kontrollpatienten geben an, daß sie guten Kontakt zu den Kollegen haben (Fr. II, 1). Es war auch eigentlich zu erwarten, daß die schizophrenen Patienten aufgrund ihrer Kontakt- und Kommunikationsstörungen weniger Freundschaften mit Kollegen haben (Fr. II, 3). Betrachten wir aber Abb. 11a, so zeigt sich, daß dies nicht der Fall ist. Schizophrene und Kontrollpatienten geben höchst selten eine Freundschaft innerhalb des Betriebes an. Allein über den Mangel an einer solchen Freundschaft klagen die schizophrenen Patienten signifikant häufiger (Fr. II, 3a - Abb. 11b).

Abb. 11a: Freundschaft im Betrieb

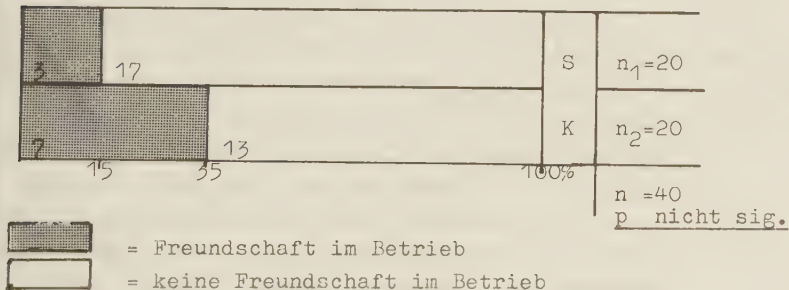
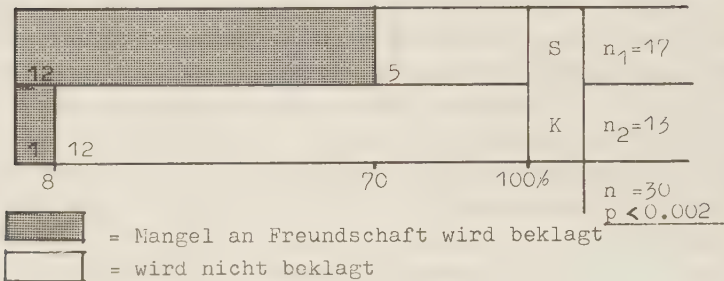


Abb. 11b: Klage über Mangel an Freundschaft



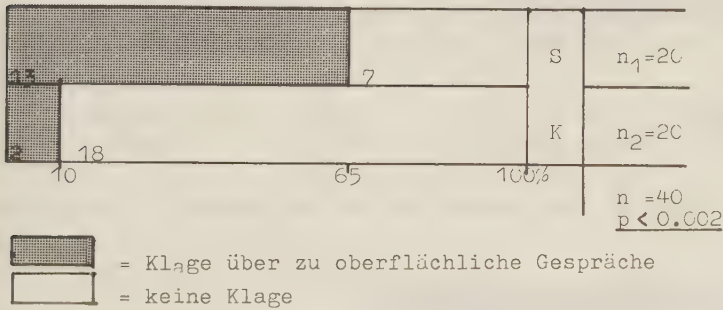
"Man ist sich so fremd, warum weiß ich eigentlich nicht" (S 2 Transportarbeiter). "Nein, ich bin nicht mit jemanden aus dem Betrieb befreundet; das finde ich nicht gut, aber vielleicht liegt das auch an mir, ich bin so mit mir beschäftigt" (S 8 Bandkontrolleur). "Eine Freundschaft wäre schon wichtig, man könnte sich dann aussprechen" (S 11 Feinmechanikerhelfer). Dies sind einige typische Beispiele aus den Antworten zu diesem Komplex.

Ebenfalls findet sich auch nur in der Klage über zu oberflächliche Gespräche an der Arbeitsstelle - nicht aber in der Häufigkeit derartiger Gespräche - ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Fr. II, 2 2a - Abb. 12).

Die schizophrenen Patienten klagen gehäuft über zu wenig persönliche Gespräche. In beiden Gruppen wird über Persönliches relativ selten gesprochen: 5 der schizophrenen und 9 der Kontrollpatienten geben dies als ein Thema ihrer Unterhaltung an; ein Unterschied, der - wie schon gesagt - nicht signifikant ist. Es sollen nun noch einige Beispiele für die häufig angegebene Klage über die zu oberflächlichen Unterhaltungen

gegeben werden. "Ich hätte auch gern über so Persönliches oder Familiäres - wie man so sagt - gesprochen, aber jeder führt ja sein eigenes Leben" (S 2 Transportarbeiter). "Man müßte auch jemanden haben, mit dem man so seine eigenen Probleme besprechen kann; das fehlt einem manchmal" (S 17 Hilfsmechaniker).

Abb. 12: Klage über zu oberflächliche Gespräche am Arbeitsplatz



Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Frage, ob man gemeinsam mit Kollegen nach Feierabend in die 'Kneipe' gehe (Fr. II, 3b, 3c): In der Häufigkeit, mit der dies bejaht wird, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Abb. 13a). Aber wieder sind signifikante Unterschiede in der Beurteilung des geringen Kontaktes, der sich in der geringen Häufigkeit gemeinsamer 'Kneipenbesuche' zeigt, zwischen den Gruppen nachzuweisen: die schizophrenen Patienten beklagten dies häufiger (Abb. 13b).

Abb. 13a: Besuch der 'Kneipe' u.ä. mit Kollegen

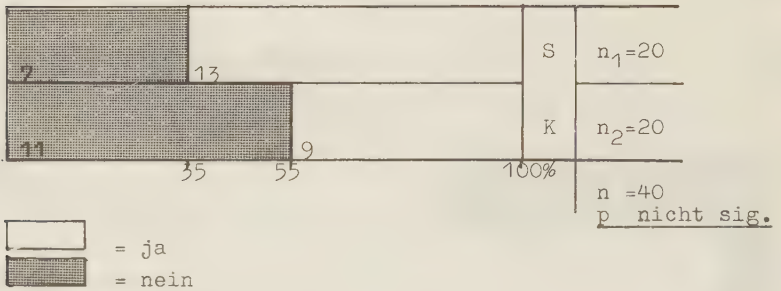
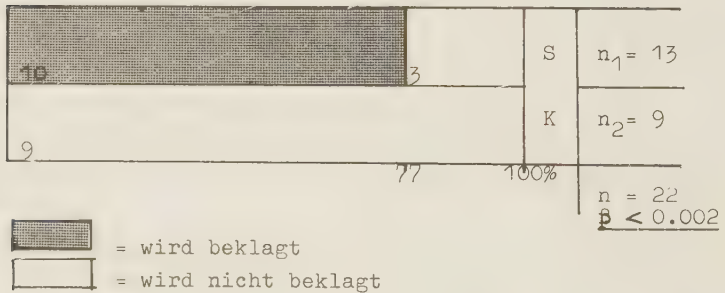
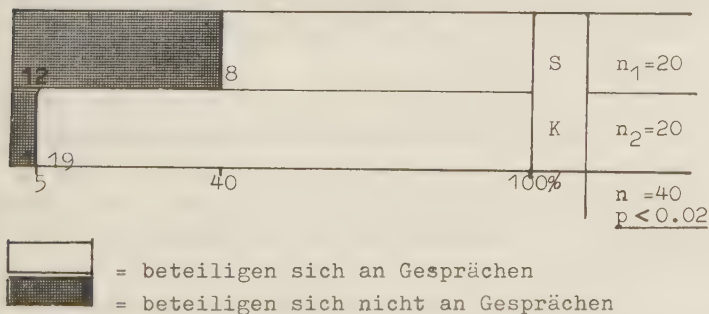


Abb. 13b: Klage über mangelnden 'Kneipenbesuch'



Wie nun kann erklärt werden, daß sich allein in der Beurteilung des geringen Kontaktes, nicht aber in der Häufigkeit des Kontaktes selbst Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergeben? Zu vermuten ist, daß die Patienten der Kontrollgruppe - im Gegensatz zu den schizophrenen Patienten - außerhalb der Arbeitsstelle ihren Freundes- und Bekanntenkreis haben. So haben sie eigentlich nicht über mangelnden Kontakt zu klagen. Bei den schizophrenen Patienten hingegen wird es sicherlich so sein, daß sie auch außerhalb des Betriebes kaum Freunde und nähere Bekannte haben. Um so schmerzlicher muß es für sie sein, auch im Betrieb keine zu finden. Bietet sich doch auch gerade die Arbeitsstelle zur Kontaktaufnahme an. Daß es dennoch nicht zu den gewünschten Kontakten kommt, liegt sicherlich einmal an den Kollegen. So wird in der Kontrollgruppe sehr oft angegeben, daß man es vermeide, Freundschaften im Betrieb zu machen, da dies nur Tratsch und Klatsch gebe. Zum anderen wird es sicherlich an der Kontaktgestörtheit der schizophrenen Patienten liegen. So geben sie ja auch schon signifikant häufiger als die Kontrollpatienten an, daß sie sich selten an Gesprächen beteiligen (Fr. II, 2b - Abb. 14).

Abb. 14: Beteiligung an Gesprächen mit Kollegen



Sind nun die gefundenen Unterschiede allein Resultat der psychischen Erkrankung? Bei der nochmaligen Testung der Fragen, bei denen sich signifikante Unterschiede ergeben hatten, zeigte sich bei Kontrolle des Faktors Berufshöhe, daß sämtliche Unterschiede in ihrer Signifikanz abnahmen bzw. sogar nicht mehr signifikant waren. Allerdings blieb durchgehend die alte Tendenz der Unterschiede bestehen, so daß zu vermuten ist, daß hauptsächlich durch die geringe Größe der Stichproben bei der zweiten Testung die Unterschiede an ihrer Signifikanz verloren. Die gefundenen Unterschiede scheinen also primär in der Erkrankung der schizophrenen Patienten begründet zu sein. Dennoch ist auch hier nicht auszuschließen, daß die objektiven Arbeitsbedingungen eine Rolle beim Zustandekommen der Befunde spielen. Es ist nämlich anzunehmen, daß gerade in den unteren Berufspositionen in gehetzter Tätigkeit nur mangelhafte Kontaktmöglichkeiten existieren. Mit diesen wird sich dann auch derjenige, der unter diesen Bedingungen arbeiten muß, abfinden müssen und sie als gegeben und normal akzeptieren. Daraus ergäbe sich dann auch, daß sowohl schizophrene als auch nicht-schizophrene Patienten in der unteren Berufsposition - verglichen zu den höheren Berufspositionen - häufiger über mangelnden Kontakt klagen. Auch so könnte das Abnehmen der signifikanten Unterschiede bei der zweiten Testung erklärt werden; es würden dann also die objektiven Arbeitsverhältnisse die Basis der gefundenen Unterschiede bilden. Allerdings ist eine Entscheidung hier schwer, und es erscheint doch einleuchtender, daß die Unterschiede in diesem Fall hauptsächlich durch die psychische Erkrankung bedingt sind.

Bei weiteren Fragen bezüglich des Kontaktes mit den Kollegen ergaben sich keinerlei Unterschiede. Man hilft sich gegenseitig (Fr. II, 4, 4a), so geben fast alle der Befragten beider Gruppen an. Ebenfalls gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Selbsteinschätzung im Vergleich zur Arbeitsleistung der Kollegen. Jeweils eine nur sehr kleine Gruppe meint, sich von den Kollegen - zumeist im Arbeitstempo - zu unterscheiden (Fr. II, 6). Auf die Frage, ob man im Betrieb zusammenhält, geben etwa ein Drittel der befragten schizophrenen Patienten und

etwa die Hälfte der Kontrollpatienten eine positive Antwort; Unterschiede, die nicht signifikant sind. Ein Zusammenhalten wird in beiden Gruppen als sehr positiver Wert verstanden. In beiden Gruppen wird der Mangel dieses Zusammenhaltes - bei den betreffenden Arbeitsstellen - dann auch durchweg beklagt (Fr. II, 5, 5a). "Wenn einer mal fertig gemacht wird ist er allein; das ist in einem so großen Betrieb so, man ist alleine da" (S 5 Bandleiter). "Das ist so kein richtiges Zusammenhalten; alle halten nur ⁱⁿ ihrer Gruppe so zusammen, aber so ein richtiger Zusammenhalt unter den Kollegen gibt es nicht, eher im Gegenteil. Man hat manchmal richtig Angst" (S 8 Bandkontrolleur). "Ich will mal so sagen, die Kollegen achten gegenseitig darauf, was man verkehrt macht. Auch um zu helfen, aber auch, um sich gegenseitig schlecht zu machen; gefallen tut mir das nun wirklich nicht, das ist aber so" (S 18 Werkzeugmacher).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß sich die beiden Gruppen in ihrem Kontakt zu Kollegen kaum unterscheiden; der persönliche Kontakt ist in beiden Gruppen gering. Jedoch wird diese Tatsache von den schizophrenen Patienten signifikant häufiger beklagt. Die Arbeitsstelle als möglicher Ort der Kontaktaufnahme erfüllt also für den schizophrenen Patienten diese Rolle nicht. Wie diskutiert wurde, scheint dies hauptsächlich an der Persönlichkeitsveränderung der schizophrenen Patienten zu liegen. Vielleicht aber spielen auch hier objektive Gegebenheiten der Arbeitsplätze in niedrigen Positionen eine Rolle.

3. Verhältnis zum direkten Vorgesetzten:

Im Auskommen mit dem direkten Vorgesetzten (Meister, Vorarbeiter, etc.) ergeben sich zwischen den beiden Gruppen keinerlei Unterschiede (Fr. III, 1). Gleichmäßig wird von etwa je der Hälfte beider Gruppen angegeben, daß sie gut mit dem Vorgesetzten auskämen. Nur bei je einem Patienten der Kontrollgruppe und der Gruppe der Schizophrenen wird der Meister als autoritär und schikanierend beschrieben. Bei jeweils der rest-

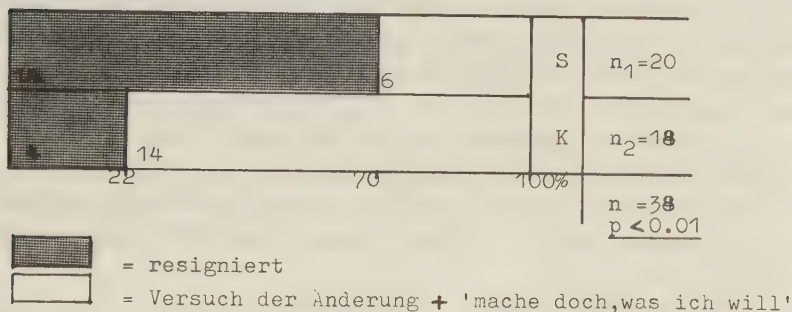
lichen knappen Hälfte der beiden Gruppen hält der Meister eine gewisse Distanz zu den Kollegen aufrecht (Fr. III, 1a). Dies wird wiederum in beiden Gruppen von etwa je der Hälfte der Betroffenen als positiv beschrieben. Die Überwachung durch den direkten Vorgesetzten wird von etwa der Hälfte der schizophrenen Patienten und etwa einem Drittel der Kontrollpatienten als positiv empfunden. Ein Viertel der schizophrenen Patienten gibt die Überwachung durch den Meister als etwas Negatives an; bei den Kontrollpatienten äußert sich so nur ein Patient. Der Rest der Kontrollpatienten - also etwa $2/3$ - geben hierzu keine eindeutige Antwort. Die geringen Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant (Fr. III, 1b).

Anordnungen vom direkten Vorgesetzten, die nach Meinung der Befragten falsch sind, erhalten in beiden Gruppen etwa die Hälfte der Interviewten (Fr. III, 2). Fast ausschließlich handelt es sich dabei um Anordnungen, die aus Unwissenheit oder Unkenntnis einer Situation, nicht aber aus Schikane getroffen werden; dies gilt für beide Gruppen (Fr. III, 2a). Auch der Unterschied des Anteils der Patienten beider Gruppen, die auf derartige Anordnungen Einwände dem Vorgesetzten gegenüber bringen, ist nicht signifikant. Etwa die Hälfte der schizophrenen Patienten und etwa $3/4$ der Kontrollpatienten gibt an, dies meist zu tun (Fr. III, 2c).

Unterschiede mit einer Signifikanz ergeben sich aber bei der Reaktion auf Anordnungen, die den eigenen Arbeitsplatz betreffen und bei denen die Betroffenen selbst nicht befragt werden (Fr. III, 3). Alle schizophrenen Patienten und 18 der 20 Kontrollpatienten sehen sich diesen Bedingungen am Arbeitsplatz meist gegenüber. In Abb. 15 sind die Angaben über die Reaktionen wiedergegeben.

Resignation bei den schizophrenen Patienten steht hier wieder im Vordergrund. "Da traut man sich nichts zu sagen; ich find's schlecht, aber ich traue mich dann nicht, ich bin so jemand" (S 17 Hilfsmechaniker). "Die ändern da soundso nichts, da kann man nichts machen" (S 16 Maschinenwärter). "Als Meister muß er ja doch wissen, was richtig ist und was nicht; er ist ja darum der Meister und hat die Erfahrung" (S 2 Transportarb.).

Abb. 15: Reaktionen auf Anordnungen ohne vorherige
Befragung der Betroffenen



Dieser einzige signifikante Unterschied zwischen den beiden Gruppen bei der Untersuchung des Verhältnisses zum direkten Vorgesetzten verschwindet, wird nochmals bei Kontrolle der Berufshöhe der Unterschied geprüft. Es sind also primär die Arbeitsbedingungen in den unteren Berufsgruppen, die zu den gefundenen Unterschieden zwischen schizophrenen Patienten und den der Kontrollgruppe geführt haben. Es ist ja auch einleuchtend, daß gerade Arbeiter in den unteren Positionen, die geringste Möglichkeit haben, ihre Meinung durchzusetzen, sich zu behaupten. Sind es doch auch sie, auf die man zu allererst verzichten kann, denen man am leichtesten als 'Nörgler' kündigen kann.

Bei einer Kontrollfrage, in der gefragt wurde, was die Befragten anders machen würden, wenn sie Meister wären (Fr. III, 4), ergaben sich keinerlei Unterschiede. In beiden Gruppen sagt jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, daß sie alles so, wie ihr jetziger Meister oder Vorarbeiter machen würde. Bei denjenigen, die sich anders als ihr jetziger Meister oder Vorarbeiter verhalten würden, wird an erster Stelle angegeben, daß sie sich kollegialer zu den Arbeitern stellen würden.

Danach folgen Angaben, die sich auf die fachlichen Fähigkeiten am Arbeitsplatz beziehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß sich bei den Fragen über das 'Verhältnis zum direkten Vorgesetzten' bis auf eine Ausnahme keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben. In die Überlegungen mit einzubeziehen ist aber, daß es für beide Gruppen eine Belastung darstellen könnte, den Anordnungen des Meisters relativ machtlos ausgesetzt zu sein. Dies kann ja für zumindest die Hälfte beider Gruppen gesagt werden. Daß diese Verhältnisse meist nicht subjektiv als belastend empfunden werden, sondern man sie als normal zu akzeptieren scheint, soll in diesem Zusammenhang nicht näher diskutiert werden.

4. Beurteilung des gesamten Betriebes:

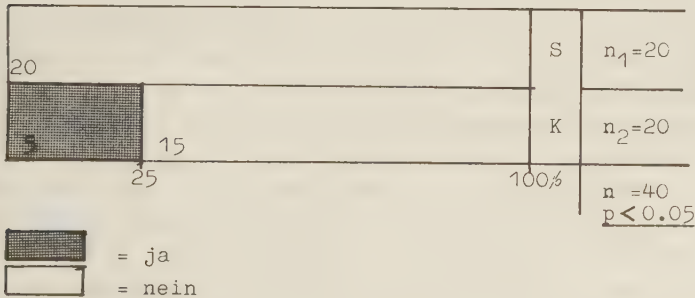
Bei der Einschätzung des Betriebes allgemein (Fr. IV, 1) meint etwa die Hälfte der schizophrenen Patienten, daß der Betrieb auch das Beste für seine Arbeiter wolle; sie können dies jedoch zumeist nicht näher und begründet definieren. Eine derartige Antwort geben nur ein Viertel der Kontrollpatienten. Echt ausgenutzt fühlen sich 2 der 20 schizophrenen und 3 der 20 nicht-schizophrenen Patienten. Insgesamt sind diese Unterschiede nicht signifikant. Auch dann nicht, wenn man die restlichen Antworten beider Gruppen, die ausweichend waren, je nach implizierter positiver oder negativer Beurteilung des Betriebes den obigen Kategorien zuordnet.

Bei gesamtbetrieblichen Anordnungen werden sowohl alle schizophrenen Patienten als auch 17 der 20 Kontrollpatienten nicht nach ihrer Meinung gefragt (Fr. IV, 2); Unterschiede, die nicht signifikant sind. Die Nachfrage, ob sie dies denn richtig fänden, löst zumeist Erstaunen über die Frage selbst aus. "Das ist doch immer so" (S 20 Bandarbeiter). "Die haben doch den Überblick, was soll man da denn anders sagen. Man selbst weiß doch nur immer über das Bescheid, wo man arbeitet, so die Abteilung oder so" (S 19 Lagerarbeiter). "Das ist überall so.

Und über den Betriebsrat geht auch nicht alles, da muß man schon altes Gewerkschaftsmitglied sein, und es muß die interessieren. So Sachen, die nur einen selber betreffen oder kleinere Sachen, die interessieren die nicht" (S 18 Werkzeugmacher). "Bei einem so großen Betrieb ginge das gar nicht anders; es läuft doch auch so alles richtig" (S 8 Bandkontrollleur). Obwohl offensichtlich in beiden Gruppen akzeptiert wird, daß derartige Anordnungen ohne ihre Mitsprache getroffen werden, bleibt offen, ob derartige Verhältnisse nicht auch eine Rolle als belastende Faktoren am Arbeitsplatz spielen.

Auf die Frage, ob die Betroffenen Einspruch auf Anordnungen erheben, die ihnen falsch erscheinen, wird in beiden Gruppen signifikant unterschiedlich geantwortet (Fr. IV, 2a - Abb. 16).

Abb. 16: Einspruch bei Anordnungen, die falsch zu sein scheinen



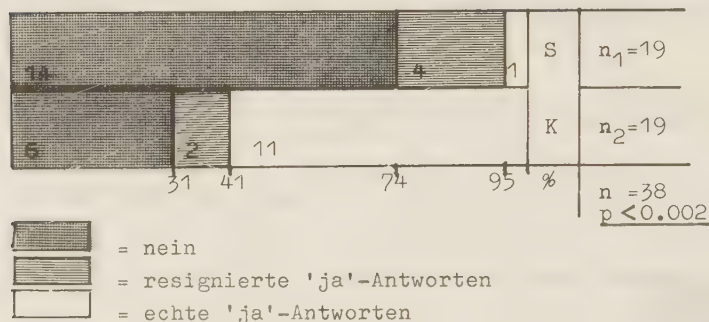
Bei der zweiten Testung unter Kontrolle der Berufshöhe bestehen diese Unterschiede weiter, sind jedoch gerade noch nicht signifikant (n.n.s.). Dies scheint jedoch primär an der Größe der Stichproben bei der zweiten Testung zu liegen. So kann also vorsichtig formuliert werden, daß der gefundene Unterschied zwischen den beiden Gruppen primär einer zu sein scheint, der durch die Variable Schizophrenie bedingt ist:

der schizophrene Patient scheint sich also weniger zu widersprechen getrauen.

Verbesserungsvorschläge werden von keinem der schizophrenen und 4 der Kontrollpatienten gemacht; der Unterschied ist nicht signifikant (Fr. IV, 3).

Die Abb. 17 gibt wieder, wieviel Patienten in jeder Gruppe meinen, sich bei einer ungerechten Behandlung innerhalb des Betriebes wehren zu können (Fr. IV, 1b).

Abb. 17: Glauben Sie, sich bei ungerechter Behandlung im Betrieb wehren zu können?



Hierbei wurden die betont resignierten 'ja'-Antworten zu den 'nein'-Antworten gezählt. Inwiefern dies gerechtfertigt ist, sollen einige Beispiele zeigen: "Ich weiß nicht so, ja eigentlich doch; ich hätte aber keine Zeit dafür" (S 8 Bandkontrollleur). "Ja man könnte schon, aber man ist doch still, was soll man sich ärgern" (S 12 Hilfsarbeiter). "Ja, schon, aber ich habe da schlechte Erfahrungen, am Schluß ist man der Dumme, ich mache sowas nicht mehr; man muß das erst lernen" (S 15 Hilfsmechaniker).

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in dieser Frage verschwindet bei der zweiten Testung unter Kontrolle der Berufshöhe. Allerdings scheint dies hier auch durch die geringe Größe der Stichproben für diese Testung mitbedingt zu sein. Es muß also in diesem Fall vorsichtig formuliert werden: Die gefundenen Unterschiede bei der Frage, ob man glaube, sich bei ungerechter Behandlung wehren zu können, scheinen zumindest zu einem Teil durch die Variable Schizophrenie bedingt zu sein. Das heißt, daß Schizophrene aufgrund ihrer Persönlichkeitsveränderungen durch die Erkrankung sich als hilfloser erleben. Zu einem anderen Teil wird der Unterschied auch dadurch bedingt sein, daß die unteren Berufspositionen, in denen die schizophrenen Patienten ja gehäuft arbeiten, auch objektiv am wenigsten Möglichkeit bieten, sich in diesen Positionen zu wehren.

Schließlich wurde noch eine Frage bezüglich der Institution des Betriebsbüros gestellt (Fr. IV, 4). Es wurde gefragt, wie der Betreffende reagiere, wenn er ins Büro gerufen werde oder aus einem anderen Grund dorthin gehen müsse. Bei der Beantwortung dieser Frage finden sich noch nicht signifikante (n.n.s.) Unterschiede zwischen den Gruppen. 6 der schizophrenen Patienten geben an, daß ihnen ein solcher Gang unangenehm sei oder sie den Versuch unternehmen würden, diesen möglichst zu umgehen; eine entsprechende Antwort kam nur von einem Patienten der Kontrollgruppe.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei den Fragen, die den gesamten Betrieb betreffen, deutlich wurde, daß die schizophrenen Patienten in einigen Fällen signifikant häufiger als 'hilflos' dem Betrieb gegenüber erschienen. Neben den möglichen, für beide Gruppen gleichen Belastungen, die in einer relativ umfassenden Fremdbestimmung der Arbeiter durch die Betriebsleitung liegen könnte, sind die schizophrenen Patienten also noch zusätzlichen Belastungen ausgesetzt, weil sie sich relativ 'hilflos' erleben und dabei weniger zur Veränderung von sie belastenden Verhältnissen unternehmen werden. Diese zusätzlichen Belastungen scheinen aber zumindest zu

einem bedeutenden Teil durch die Krankheit selbst bedingt zu sein.

5. Zusammenfassender Überblick:

Es konnte gezeigt werden, daß die schizophrenen Patienten neben den Belastungen, denen auch die Kontrollpatienten ausgesetzt sind, sich noch zusätzlichen Belastungen gegenüber sehen. Dabei sind dies im Bereich des eigenen Arbeitsplatzes Belastungen, die eindeutig durch die objektiven Bedingungen der unteren Berufspositionen bedingt sind, in denen die Schizophrenen gehäuft arbeiten. In den anderen Bereichen (Verhältnis zu Kollegen, Vorgesetzten und der Beurteilung des Betriebes) scheinen die gefundenen Unterschiede zu einem wesentlichen Teil auf den Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen der Schizophrenie zu basieren.

3. Kapitel:

Überlegungen zur Bedeutung der industriellen Arbeit für psychische Erkrankung und speziell die Schizophrenie

Für die anzustellenden Überlegungen liegen die Ergebnisse der bisherigen Forschung zu diesem Thema und die Befunde der vorliegenden empirischen Studie vor. Dabei zeigt sich folgender Widerspruch, auf den schon im 1. Kapitel hingewiesen wurde: die industriepsychiatrischen Arbeiten und die vorliegende Studie weisen auf eine krankmachende Bedeutung der Arbeitsverhältnisse hin; die katamnестischen Studien hingegen zeigen uns, daß der 'feste Arbeitsplatz' ein Faktor ist, der die Prognose psychisch Kranker verbessert. Dieser Widerspruch kann nach folgender kurzer Analyse der Bedeutung des Arbeitsplatzes für den psychisch Kranken aufgeklärt werden. Hierzu sind jedoch erst einmal einige Überlegungen über die Bedeutung

des Arbeitsplatzes für die psychische Situation der Arbeiter allgemein zu machen, bevor speziell auf den psychisch Kranken, den Schizophrenen, eingegangen werden kann.

In einer Anzahl von Arbeiten ist auf die Bedeutung von materieller Not, schlechter Ausbildung, schichtenspezifischer Verhaltensmuster und Erziehungsformen sowie schichtenspezifischer Familienstrukturen und Sprachstrukturen für psychische Erkrankung in der Unterschicht hingewiesen worden. Zusammenfassend sind die Ergebnisse hierüber von u.a. ROMAN und HARRISON (131) und BERND (10,11) dargestellt worden. Besonders ist hier auch MOSER (116) zu erwähnen, der in einem etwas anderen Zusammenhang die Ergebnisse der Forschung über die Verhältnisse in der Arbeiterfamilie und ihre pathogene Bedeutung darstellt. Alle oben genannten Faktoren sind nicht als unabhängige Größen zu verstehen, sondern beschreiben nur - von verschiedenen Aspekten - die Lage der Arbeiterklasse. Diese aber ist primär durch die Arbeitsbedingungen bestimmt. Arbeitsbedingungen heißt hier zum einen Produktionsbedingungen: Der Arbeiter muß seine Arbeitskraft auf dem Markt anbieten und muß dafür nur ganz bestimmte Fähigkeiten (z.B. körperliche Kraft, technisches Wissen etc.) mitbringen. Für diese Anforderungen wurde er ausgebildet und ist er erzogen worden. Andere Fähigkeiten (z.B. intellektuelle, musische etc.), die nicht gebraucht werden, sind mittels klassenspezifischer Sozialisation und Ausbildung verkümmert; sie während seines Lebens zu trainieren, ist für ihn faktisch nicht möglich. Hier schon zeigt sich, wie die oben genannten Größen, Verhaltensmuster, Ausbildung und damit auch Sprachstrukturen, zu den Produktionsbedingungen in Beziehung stehen. Ähnlich haben es z.B. MC KINLEY (108) für die Familienstruktur und eine andere Arbeit nochmals zusammenfassend für die Sozialisation (142) dargestellt. Neben den Arbeitsbedingungen im Sinne der Produktionsbedingungen verstehen wir unter Arbeitsbedingungen auch die ganz konkreten Verhältnisse am Arbeitsplatz. Mit Arbeitsbedingungen in dieser zuletzt genannten Bedeutung hat sich die empirische Studie beschäftigt und mit

diesen Bedingungen haben wir uns im folgenden weiter zu beschäftigen; dabei werden die Arbeitsbedingungen im Sinne der Produktionsbedingungen weitgehend außer Acht gelassen.

Welchen Einfluß haben die Verhältnisse am Arbeitsplatz unmittelbar auf diejenigen, die in diesen Verhältnissen arbeiten müssen? Welche Bedeutung haben sie speziell für den, dessen Persönlichkeit schon geschädigt ist, für den Schizophrenen? Dies sind die Fragen, die uns im folgenden interessieren.

Ausgangspunkt der Überlegungen hierzu soll die Arbeitszufriedenheit sein. Die Befunde industriesoziologischer Forschung haben nachgewiesen, daß zwischen 60 % und 80 % der Arbeiter mit ihrer Arbeit zufrieden sind (19, 26, 93, 94, 102, 124, 125). Schlüsselt man solche Angaben allerdings näher auf und fragt verschlüsselt, d.h. indirekt nach dem Grad der Zufriedenheit, so ergibt sich schon ein etwas anderes Bild. GOLDTHORPE (74) fragt in einer der neuesten industriesoziologischen Studien an englischen Fabrikarbeitern, ob die eingenommene Tätigkeit im Betrieb einer anderen bevorzugt wird. Er findet zwischen 52 % und 95 % positive Antworten. Diejenigen Arbeiter in höheren Berufsgruppen, deren Arbeit mehr Raum für die Anwendung eigener Fähigkeiten und eigener Initiative gibt, und deren Arbeit vielfältiger ist, geben sehr viel öfter an, daß sie ihre Arbeit jeder anderen bevorzugen. BLAUNER (19), der aufgrund von sechs repräsentativen Studien danach fragt, ob die Arbeiter weiter in ihrer Arbeit bleiben möchten, findet Entsprechendes: mit absteigender Berufshöhe gibt es von 40 bis 16 % positive Antworten. (s. auch: 115) In einer sehr detaillierten Studie von BLAUNER (20) konnte ebenfalls an Industriearbeitern verschiedener Produktionszweige gezeigt werden, welche Bedeutung differenzierte Arbeit, die eigene Initiative erlaubte und bei der Fähigkeiten angewendet werden konnten, für den Grad der Zufriedenheit besitzt. Für deutsche Verhältnisse konnten KERN und SCHUMANN dies ebenfalls nachweisen (94).

Es sind also die Arbeiten, die am eintönigsten sind, die

am wenigsten Raum für eigene Entscheidungen lassen und bei denen man seine Fähigkeiten nicht einsetzen kann, die am wenigsten positiv bewertet werden und am meisten belastend erlebt werden. Dies war auch ein Befund der vorliegenden Studie.

GURIN (76) spricht in diesem Zusammenhang von dem Grad der Ich-Befriedigung einer Arbeit. Er versteht darunter das Maß von Möglichkeiten, in seiner Arbeit einen Teil seines Ichs zu realisieren. In seiner Studie wird gefunden, daß mit absteigender Höhe des Berufes auch das Ausmaß dieser Ich-Befriedigung abnimmt. Weiterhin kann der Autor zeigen, daß bei einem Mangel der Ich-Befriedigung durch die Arbeit dies die höheren Berufsgruppen mehr als die unteren beklagen. GURIN schreibt dazu, daß dies letzte Ergebnis nur das wiedergibt, was er als Antwort bei der Untersuchung von den Befragten formuliert erhalten hat, jedoch keinerlei Auskunft über das darstellen kann, was vielleicht unbewußt auch in den unteren Berufsgruppen an Unzufriedenheit wirkt. Was bei GURIN Mangel an Ich-Befriedigung heißt, wird bei SEEMAN (136, 137) als Entfremdung bezeichnet (s. auch: 40, 50, 120). SEEMAN verwendet dabei den Begriff von MARX in abgewandelter Bedeutung und versteht folgendes darunter: Machtlosigkeit, Bedeutungslosigkeit, Normlosigkeit, Isolierung und Selbstentfremdung (die Unmöglichkeit eine als wertvoll in sich erscheinende Tätigkeit zu finden). BLAUNER (20) wendet diesen Begriff der Entfremdung für seine schon zitierte Arbeit an. Wieder andere Autoren verwenden den Begriff der 'Extrinsic work values' und der 'instrumental values' gegenüber den 'intrinsic values'. 'Extrinsic' und 'instrumental' soll eine Arbeit bezeichnen, die keinen Wert in sich für den Arbeiter darstellt, die keine Befriedigung durch die Arbeit erlaubt; allein der Lohn oder andere materielle Vorzüge lassen den Arbeiter bei dieser Tätigkeit bleiben. GOLDTHORPE (74) zeigt in seiner Studie, daß die Arbeiter in den unteren Berufsgruppen gehäuft in Arbeiten mit 'extrinsic values' tätig sind. Gerade aber diese Tätigkeiten sind mit weit weniger Befriedigung

verbunden (66), weil die Verbindung zwischen Arbeit und Gratifikation nur eine rein materielle und somit nur sehr mittelbare ist. OLSHANSKI und UNTERBERGER (122) haben gerade hierauf in aller Deutlichkeit hingewiesen und gezeigt, daß dies ein sehr belastender Faktor für die psychische Situation in den unteren Berufsgruppen ist.

Zu dem bisher Gesagten ist noch hinzuzufügen, daß neben der geringeren Befriedigung durch die Arbeit selbst gerade in den unteren Berufsgruppen ein weiteres Moment der Frustration hinzukommt: Die Hilfsarbeiter, die Arbeiter in den unteren Positionen eines Betriebes haben am wenigsten zu sagen, sind sie doch diejenigen, die am meisten um ihren Arbeitsplatz zu bangen haben (85). Es kommt also zu unbefriedigender Arbeit noch ein niedriger Sozialstatus mit all seinen Konsequenzen.

Dennoch bleibt der Befund, daß ein großer Teil der Arbeiter - auch der in den unteren Berufsgruppen - mit seiner Tätigkeit zufrieden zu sein scheint. BLAUNER (20) hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß es für den Arbeiter schwierig sein wird, zuzugeben, daß er mit seiner Arbeit unzufrieden ist, ohne dabei seinen Selbstrespekt zu verlieren. Auch BROWN (26) zieht eine solche Erklärung heran. GOLDTHORPE (74) und besonders G.FRIEDMANN (67, 68) sehen in der gefundenen 'Zufriedenheit' in den industriesoziologischen Studien das Resultat von Anpassungsprozessen. Schließlich weisen CAPLOWITZ und BRADBURN (28) in ihrer Untersuchung nach, daß gerade die Unterschicht besonders ihre negativen Erlebnisse verdrängt und sich so wohl noch ein Maß psychischer Stabilität bewahrt. Auch BROWN (26) spricht von einer Bewältigung der Frustrationen, die unter anderem über eine solche Verdrängung abläuft. Wir haben es hier offensichtlich mit einem psychischen Abwehrmechanismus zu tun, der mit verschiedenen Worten, Anpassung, Verdrängung etc., beschrieben wird. Es handelt sich dabei offensichtlich um einen Abwehrmechanismus, der von A.FREUD (64) als Identifikation mit dem Aggressor beschrieben ist. Für den Arbeiter wird das Unerträgliche erträglicher, identifiziert er sich mit seiner Tätigkeit oder

versucht dies wenigstens. Da ihm momentan seine Lage aussichtslos erscheint, muß er sich abfinden; (94) das Erkennen seiner Situation führte - da dann bewußt - zu noch größerem Leiden.

Ein derartiger Abwehrmechanismus wird nun noch durch ein entsprechendes Normen- und Wertsystem gestützt, das Arbeit als Wert zu vermitteln weiß. Eine Gesellschaft, die entfremdete Arbeit als Basis hat, besitzt auch ein Sozialisationssystem, das eben diese Arbeit über gesellschaftliche Normen als Wert vermittelt. Innerhalb der Sozialisation müssen die Werte und Normen der Gesellschaft übernommen werden, um somit Bedürfnisse, Lebensformen, Zielvorstellungen und Ideale der Individuen den Anforderungen der Gesellschaft anzupassen; dies gilt für alle Bereiche gesellschaftlichen Lebens, so auch für den der Arbeit. Die Sozialwissenschaften haben zeigen können, daß ein gesellschaftliches System sich durch seine Normen, angebotenen Verhaltensrollen und Werte selbst zu stabilisieren in der Lage ist (135). So wird auch Arbeit als Wert, als Aufgabe oder Berufung vermittelt (94). In der Arbeiterklasse scheinen zwar derartige Werte nicht als moralische Begriffe Bedeutung zu haben. Allein ist hier erreicht worden, daß über den Sinn von entfremdeter Arbeit nicht mehr reflektiert wird. Wie u.a. auch die vorliegende empirische Studie zeigt, ist von dem Wort und dem Wert 'Arbeit ist Berufung' kaum etwas im Bewußtsein geblieben. Dennoch hat die Sozialisation, die sich solcher Worte bedient, ihre Resultate: Arbeit wird zum Selbstverständlichen, zum Natürlichen. 'Arbeit gehört zum Leben', 'arbeiten tut man doch', waren symptomatische Antworten, die wir im Rahmen der vorliegenden Studie erhielten. Für eine solche unreflektierte Übernahme gesellschaftlicher Anforderungen wirkt schlechte Ausbildung noch unterstützend. Der Betroffene ist total hilflos Verhältnissen gegenüber, die er nicht mehr durchblicken kann; sich an den Normen der Gesellschaft blind zu orientieren, bleibt als einzige Möglichkeit.

Durch Normen und Rollenerfüllung nun wird aber auch Identität (43, 53) gewonnen. Besonders für denjenigen, der auf den untersten sozialen Stufen dieser Gesellschaft leben muß, der

keine Selbstbestätigung und Identität durch soziale Anerkennung gewinnen kann, der den Idealen und Werten dieser Gesellschaft, wie sie sich z.B. in Kultur und gesellschaftlichem Leben zeigen, nur nachlaufen kann, ohne sie jemals zu erreichen, bietet Arbeit noch eine Möglichkeit der Identitätsgewinnung. Durch Arbeit definiert man sich, weiß man, wo man steht, hat man seine Aufgabe, wird man gebraucht, ist wenigstens mit den Normen bezüglich der Arbeit in Einklang (63). Außerdem kann man sich über den Lohn der Arbeit im Konsum definieren. Die Ideale der Gesellschaft scheinen über den Konsum von Produkten zu erreichen zu sein; so jedenfalls versteht es die Werbung zu vermitteln (83, 84).

Neben dem eben genannten Mechanismus, der Arbeit für die psychische Situation als positives Moment zeigte, darf schließlich nicht vergessen werden, daß industrielle Arbeit in zumindest den höheren Berufspositionen auch in sich das Moment von Befriedigung tragen kann und selbst schon zur Identitätsstabilisierung beitragen kann. Nur sind hiervon sicherlich nur noch Reste in den unteren Berufspositionen nachweisbar. Besonders ist hierzu der Ansatz von QUERY (126) zu nennen, der gerade in der Arbeit und durch die Arbeit eines der stärksten Momente zur Identitätsstärkung sieht, so daß er bei der Beschreibung der Arbeitsrehabilitation in einem englischen Krankenhaus nur noch von der Institution Krankenhaus/Fabrik spricht.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der industrielle Arbeitsplatz zahlreiche Frustrationen und einen Mangel an positiven Erfahrungen besonders in den unteren Berufsgruppen bietet. Dererlei Belastung muß aber als krankmachend in der hier verwendeten Bedeutung gesehen werden. Zugleich kommt dem Arbeitsplatz aber auch eine der psychischen Gesundheit förderliche Funktion zu: Arbeit hilft bei der Gewinnung und Stabilisierung der Identität. Industrielle Arbeit in unserer Gesellschaft hat also einen in sich widersprüchlichen Charakter (143).

Welche Bedeutung haben die hier kurz geschilderten Verhältnisse für den schizophrenen Patienten? Die Schizophreniefor-

schung ist bei weitem zu wenig fortgeschritten, als daß es im Rahmen der vorliegenden Arbeit möglich wäre, die geschilderten Befunde in eine Theorie oder eine Modellvorstellung der Schizophrenie einzuordnen. Allein können hier einige wenige allgemeingültige Dinge über die Schizophrenie festgehalten werden und zur Grundlage dienen, die Aussagen über die Verhältnisse am Arbeitsplatz in ihrer Bedeutung speziell für den schizophrenen Patienten zu überdenken.

Ohne sich auf ätiologische Konzepte festzulegen, kann über die Schizophrenie gesagt werden, daß es sich um eine, von der Struktur der Störung her, Ich- und Identitätsstörung handelt (s. hierzu: 4, 60, 61, 90). Ein Beispiel der gestörten Ich-Funktion zeigt sich z.B. in der geringen 'Belastbarkeit' des Patienten, wie es im Klinikjargon heißt. Nichts anderes als gestörte Realitätsbewältigung, d.h. mangelnde Konfliktbewältigung, mangelnde adäquate Abwehrmechanismen und geringe Frustrationstoleranz beschreibt der Begriff der 'geringen Belastbarkeit'. So läßt sich in unserem Zusammenhang verstehen, daß der schizophrene Patient besonders leicht durch die geschilderten Frustrationen am industriellen Arbeitsplatz zu treffen ist. Mangelnde positive Erfahrungen gefährden durch den Mangel an Selbstbestätigung seine Identität. Belastende Verhältnisse können hier sehr deutlich als die psychische Gesundheit belastende Verhältnisse identifiziert werden, weil bei den gestörten Ich-Funktionen des schizophrenen Patienten eine adäquate Verarbeitung der Belastungen nur extrem ungenügend erfolgen kann. Da die schizophrenen Patienten gehäuft in den unteren Berufsgruppen arbeiten - wie auch unsere Studie erneut zeigen konnte -, sind sie nun auch einer Häufung von Belastungen ausgesetzt. BIRNBAUM und LING (14) weisen in ihrer Studie besonders auf Arbeit mit 'instrumental values' gegenüber 'intrinsic values' in ihrer Bedeutung für psychische Erkrankung hin; Arbeit in den unteren Berufsgruppen aber erlaubt fast nur, Befriedigung aus 'instrumental values' zu ziehen. Auch TAUSKY und PIEDMONT (146) sehen in ihrer theoretischen Arbeit gerade in der instrumentellen Bedeutung primitiver Arbeit einen wichtigen Faktor für die Genese psychischer Erkrank-

kungen. Sie weisen in diesem Zusammenhang dann auch besonders auf eine zusätzliche Belastung hin, die mit der Arbeit verbunden ist, die allein eine instrumentelle Orientierung erlaubt. Hier werden nämlich Konflikte zwischen dem Wertsystem einer Gesellschaft, das Arbeit als Wert an sich darstellt, und der Realität einer Arbeit, die nur instrumentelle Befriedigung geben kann, hervorgerufen. Derartige Konflikte müssen aber gerade für den schizophrenen Patienten als weitere Belastung erlebt werden, wird doch auch dadurch sein Selbstwert und somit seine Identität gefährdet. (62, 63, 92, 117)

Neben diesen ganz direkten Frustrationen am industriellen Arbeitsplatz besonders in den unteren Berufsgruppen, kommen noch die, die sich aus der Struktur des Betriebes ergeben. Der Schizophrene, der dank geringer Ich-Stärke besonders hilflos einem mächtigen Apparat oder einer mächtigen Person gegenübersteht, arbeitet nun noch in den Berufspositionen, die faktisch zu den 'rechtlosesten' gehören. Der Arbeiter in den unteren Arbeitsplätzen ist am ehesten von einer Kündigung bedroht und kann sich am wenigsten wehren. In der vorliegenden Studie konnte beides, die 'Hilflosigkeit' der Schizophrenen und ihre objektive Situation, in den unteren Berufspositionen zu arbeiten, gezeigt werden. Das Ergebnis dieser Situation dürfte sein, daß sich der Schizophrene leicht als Opfer erlebt.

Dennoch bietet Arbeit, wie oben schon ausgeführt, noch Möglichkeiten der Identitätsgewinnung; so rudimentär diese auch gerade in den unteren Berufskategorien sein mögen. Dennoch ist die Möglichkeit, selbst zu arbeiten, eine Funktion zu haben, das Gefühl zu haben, nützlich zu sein, gebraucht zu werden, ein wesentlicher Faktor bei der Identitätsstärkung. Dies wird auch anhand der offensichtlich pathogenen Bedeutung von Arbeitslosigkeit deutlich (23, 65). Ohne Arbeit kommt sich der Schizophrene noch sinnloser und noch weniger berechtigt in dieser Gesellschaft vor, die eben eine Selbstdefinition wesentlich über das erlaubt, was man leistet. Nicht zuletzt bedeutet Arbeit auch ein Einkommen, das wenigstens

einen Teil von Belastungen verhindert, die durch Armut entstehen. Einkommen aus eigener Arbeit bedeutet darüber hinaus auch, daß man fähig ist, für sich und seine Familie zu sorgen. Auch dies stützt die Identität, denn der Selbstwert desjenigen, der noch durch eigene Arbeit Geld heranschaffen kann, ist größer als der des Rentenempfängers. TAUSKY und PIEDMONT (146) faßten die positive Bedeutung der Arbeit für den psychisch Kranken zusammen: "Der Verlust der Arbeit hat nicht nur ökonomische Not zur Folge, sondern auch das Gefühl, daß die eigene Existenz sowohl für die Familie als auch für die Wirtschaft überflüssig ist" (S. 45 in 146).

Wir haben festzuhalten, daß die Arbeit am industriellen Arbeitsplatz allgemein und speziell für den schizophrenen Patienten sowohl negative, belastende, also krankmachende, als auch positive, also die psychische Gesundheit fördernde, Bedeutung hat. Letzteren Einfluß haben wir für die unteren Berufspositionen als einen erklärt, der zu einem großen Teil allein durch die Übernahme des Wertsystems dieser Gesellschaft wirksam wird. Für die Arbeiten in diesen Berufspositionen ist also nicht industrielle Arbeit an sich, sondern deren Rolle in unserer Gesellschaft eine derartige positive Bedeutung zuzuschreiben; eine Tatsache, die diese Gesellschaft bezeichnend charakterisiert. Mit der Erkenntnis von sowohl positiver als auch negativer Bedeutung der Arbeit für den Schizophrenen, ist der anfängliche Widerspruch zwischen den Befunden industriepsychiatrischer Forschung und der vorliegenden Arbeit einerseits und den Ergebnissen der katamnестischen Studien andererseits geklärt: Der Widerspruch ist Ausdruck der widersprüchlichen Einflüsse des industriellen Arbeitsplatzes für den Schizophrenen. Die negativen Einflüsse wurden in den industriepsychiatrischen Studien und der vorliegenden Arbeit gezeigt; die positiven Einflüsse wurden in den katamnестischen Studien deutlich.

4. Kapitel:

Schlußfolgerungen zur Arbeitsrehabilitation

Wird im folgenden über Arbeitsrehabilitation gesprochen, so sind damit in einem erweiterten Sinne die aufgeführten Bereiche gemeint:

Beschäftigungstherapie

Arbeit im Krankenhaus (Gartenarbeit, Küchenarbeit, Reinigung etc.)

Arbeit in Krankenhauswerkstätten

Arbeit in geschützten Werkstätten

Arbeit in freien Arbeitsstätten

(Arbeitsplatzfindung)

Arbeitsrehabilitation wird in einem immer größeren Ausmaß innerhalb des Therapieprogramms im weiteren Sinne in psychiatrischen Kliniken angewandt. England ist in der Entwicklung der Arbeitsrehabilitation beispielhaft. Schon 1965 konnte KIDD (95) in seiner Untersuchung nachweisen, daß in den meisten englischen psychiatrischen Krankenhäusern zwischen 30 und 35 % der Patienten innerhalb der Arbeitsrehabilitation tätig waren (diejenigen in der Beschäftigungstherapie sind in diesen Angaben nicht enthalten). Bei 13 % der Krankenhäuser waren es sogar bis zu 50 % der Patienten. Im Netherne Hospital - auf das noch näher einzugehen ist - sind von den 1700 Patienten ständig etwa 1300 innerhalb eines sehr differenzierten Programms der Arbeitsrehabilitation tätig (51). Daß ein so hoher Prozentsatz der Patienten innerhalb dieses Programms erfolgreich arbeitet, kann nicht auf eine bestimmte Patientenselektion zurückgeführt werden, sondern allein auf das großzügige und durchdachte Programm. Auch Patienten mit chronifizierten Krankheitsbildern sind ^{wie} WING, BENNETT und DENHAM (158) als einige der ersten zeigen konnten - zu einem großen Teil erfolgreich innerhalb der Arbeitsrehabilitation gebessert worden. WING (156) meint jedoch, daß die Arbeitsrehabilitation bei den Patienten, die schon lange im Krankenhaus sind, weniger erfolgreich als bei Patienten ist, die erst kurz da sind.

Im Gegensatz zu ihm findet EARLY (47) in seiner Studie, daß es im Erfolg innerhalb eines Programms der Arbeitsrehabilitation zwischen der Gruppe, die weniger als ein Jahr im Krankenhaus war, und der, die dort schon länger als fünf Jahre war, keine signifikanten Unterschiede gibt. In einer anderen Studie können EARLY und MAGNUS (49) sogar nachweisen, daß für diejenigen, die 10 bis 20 Jahre im Krankenhaus waren, die Arbeitsrehabilitation noch erfolgreicher als für diejenigen Patienten war, deren Krankenhausaufenthalt zwischen 1 und 5 Jahren lag. Der Erfolg wurde daran gemessen, wie hoch der Prozentsatz derjenigen war, der wieder fest arbeitete - sei es nun am freien oder geschützten Arbeitsplatz. Die Autoren erklären sich ihr etwas erstaunliches Ergebnis dadurch, daß bei den Patienten, die schon sehr lange im Krankenhaus sind, die Hospitalisierungseffekte sehr in den Vordergrund treten. Diese Effekte aber sind therapeutisch leichter zu beeinflussen.

Auch FAIRWEATHER, SANDERS, CRESSLER, MAYNARD (55) konnten zeigen, daß in dem von ihnen untersuchten Modell einer Rehabilitation, das auf der Übernahme der Selbstverantwortung durch die psychiatrischen Patienten beruhte, keine Unterschiede bezüglich des erreichten Arbeitsstatus zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten nachzuweisen waren. Da dieser Befund im Gegensatz zu den Ergebnissen steht, nach denen gerade Chronizität einen wichtigen prognostisch ungünstigen Faktor darstellt (54, 99), meinen die Autoren, darauf schließen zu können, daß die Effekte einer Hospitalisierung therapeutisch relativ leichter als die Grunderkrankung anzugehen sind.

FURMAN (70) gibt in seiner Studie über die 'Community Mental Health Services' in Nordeuropa einen sehr guten Überblick über die wichtigsten und ausgebautesten Programme der Arbeitsrehabilitation. BENNET und WING (9) und GOLDBERG (73) tun dies in einer anderen Arbeit für die englischen Krankenhäuser. Über die wenigen und wenig differenzierten Bemühungen in Deutschland gibt BERNING (12) einen Überblick. In einigen Ländern - so England - ist die Arbeitsrehabilitation relativ weit entwickelt, in anderen - so Deutschland - steht eine

solche Entwicklung noch sehr am Anfang. Für beide Situationen gilt die gleiche Frage: Was kann man von der Arbeitsrehabilitation therapeutisch erwarten und wie muß sie aussehen, um Optimales zu erreichen?

Im letzten Kapitel wurde das Dilemma der Arbeitsrehabilitation schon dadurch angedeutet, daß auf die widersprüchliche Bedeutung von Arbeit in unserer Gesellschaft hingewiesen wurde. Konkret auf unsere Frage angewendet, heißt das hier: Es muß rehabilitiert werden, damit die Hospitalisierungseffekte (Ich-Schwächung, Identitäts-Schwächung) möglichst vermieden werden und der Übergang in die Gesellschaft außerhalb der Klinik möglichst bruchlos und somit erfolversprechender erfolgen kann (16, 39, 77, 88). WING (155) konnte zeigen, daß bei den Patienten innerhalb der Arbeitsrehabilitation dann auch der Wunsch nach einer Entlassung zunahm. Arbeitsrehabilitation ist so als therapeutisches Moment einzusetzen. Auf der anderen Seite aber muß in krankmachende Verhältnisse - denn dies stellt die Arbeitssituation ja auch dar - rehabilitiert werden, die ihrerseits zu einem Rezidiv beitragen werden. Resultat ist auch hier die oft beschriebene Drehtürpsychiatrie; ^{mehr} erscheint bei gegebenen Verhältnissen nicht möglich zu sein. Um so mehr kommt es dann darauf an, im engen Rahmen der Möglichkeiten wenigstens Optimales zu erreichen. Im folgenden soll unter Heranziehung der Ergebnisse der vorliegenden Studie, anderer Arbeiten und der bisher angestellten Überlegungen versucht werden, wichtige Aspekte für eine solche optimale Arbeitsrehabilitation zu benennen.

1. Möglichkeit für differenzierte Arbeit:

Es hat sich in anderen und der vorliegenden Studie zeigen lassen, daß gerade die monotone, maschinenbestimmte Arbeit, die keinen Raum für Eigeninitiative gibt und bei der die Fähigkeiten des Arbeiters nicht eingesetzt werden können, als belastend erlebt werden. Bei der vorliegenden Arbeit wurde davon ausgegangen, daß derartige Belastungen auch als

psychisch belastend und krankmachend anzusehen sind. Andere Arbeiten haben - wie gezeigt - diese Annahme gestützt. Sowohl BLACK und BONNEY (18) als auch SIVADON (139) und SIVADON und VEIL (140), die sich speziell mit der Frage der Bedeutung der Art der Arbeit innerhalb der Arbeitsrehabilitation beschäftigen, weisen auf die ganz entscheidende Bedeutung nicht-monotoner Tätigkeit als therapeutisches Moment hin. Nun ist aber die Forderung nach allein nicht-monotoner Tätigkeit für die Rehabilitation schizophrener Patienten nicht ohne modifizierende Erklärung zu halten. So ist hier die Erfahrung zu zitieren, die uns zu sagen scheint, daß viele Patienten nur noch monotone- primitive Arbeiten ausführen können. Hier ist schon zu fragen, ob dies eine echte Erfahrung ist und ob man es denn wirklich jemals intensiv anders versucht hat. Die empirischen Erfahrungen haben zwar gezeigt, daß die schizophrenen Patienten im Vergleich zu Kontrollpatienten langsamer lernen und ihre Arbeitsleistung langsamer steigern, dennoch aber sehr beachtliche Arbeitsfähigkeiten zeigen (29, 150). Dies wird weiter unten auch an den Beispielen vielfältiger Tätigkeiten zu zeigen sein. Zum anderen ist in diesem Zusammenhang noch besonders darauf hinzuweisen, daß gerade schizophrene Patienten in ihrer Leistungsfähigkeit eine extreme intra- und interindividuelle Variabilität im Vergleich zu Kontrollpatienten zeigen (30). Schon zumindest dieser Befund läßt die Forderung nach einer Arbeitsrehabilitation mit den verschiedensten Arbeitsmöglichkeiten als gerechtfertigt und notwendig erscheinen. Es geht also darum, auf intra- und interindividuelle Differenzierung in Arbeitsfähigkeiten innerhalb eines Programms für eine Arbeitsrehabilitation Rücksicht zu nehmen. Außerdem wird sich die adäquate Arbeit für einen Patienten innerhalb des Verlaufes seiner Heilung immer wieder neu bestimmen. Als belastend müßten dann Tätigkeiten - also nicht-adäquate Arbeiten - erlebt werden, die entweder über oder unter dem Anspruchs- und Leistungsniveau des Patienten liegen würden. Aus dem Gesagten ergibt sich die Forderung nach einem gestaffelten Programm für eine optimale Arbeitsrehabilitation. Eine solche Forderung nach gestaffelter und differenzierter Arbeitsrehabilitation

wird in den Beiträgen zu diesem Thema auch des öfteren formuliert (7, 100, 148, 149).

Ein derartiges Programm hat das Netherne Hospital in England in wohl hervorragender Weise realisiert. In dem Krankenhaus, in dem über 80 % der Patienten arbeiteten, gibt es ein differenziertes System, nach dem beurteilt wird, welche Arbeit für welchen Patienten adäquat ist. Das Krankenhaus hat ein 'Patient Record Office' aufgebaut, in dem sowohl das Verhalten und die Leistung am Arbeitsplatz als auch das Verhalten auf der Station notiert wird (51). Mit diesen Daten wird die Einstufung der Patienten in die verschiedenen Arbeitsbereiche mit verschiedenen differenzierten Arbeitsaufgaben vorgenommen. Verlangt die Arbeit zu viel vom Patienten oder kann er umgekehrt seine Fähigkeiten bei der Arbeit nicht anwenden, ist also die Arbeit inadäquat für ihn, so wird sich dies sowohl in seinen Klagen als auch einer Verschlechterung seines Zustandes zeigen. Danach wird dann eine Neueinstufung vorgenommen. Arbeiten, die im Netherne Hospital u.a. gemacht werden können, sind: Kartonfaltarbeiten, Näharbeiten, Fertigung von Kleidungsstücken, Buchbinderarbeiten, Tischlerarbeiten, Herstellung von kleinerem Handwerkszeug und Küchengeräten, Herstellung kleinerer elektrischer Geräte und Autozubehör, Büroarbeiten etc (8, 39, 51, 56, 70).

Ein anderes Beispiel gut ausgebauter Arbeitsrehabilitation ist das Glenside Hospital, Bristol. Hier ist etwa ein Drittel der Patienten tätig (48). Neben der herkömmlichen Tätigkeit englischer Arbeitsrehabilitation werden dort kleinere Büroartikel und Apparaturen für Telefone gefertigt; eine Auto- waschanlage, die von Patienten geführt wird, ist ein anderes Arbeitsgebiet. Ein Teil der Patienten arbeitet in umliegenden Firmen (46, 49). ELDRED, BROOKS, DEANE und TAYLOR berichten aus Amerika von einem anderen Versuch differenzierter Arbeitsrehabilitation, bei der auch bestimmte Tätigkeiten innerhalb einer kleinen Ausbildung gelernt werden können. Andere Autoren (4, 15, 160) schildern amerikanische Werkstätten der Arbeitsrehabilitation, die einem echten Industriebetrieb gleichen; dies gilt für sowohl Ausstattung, Fertigung als auch Bezahlung

(s. auch Überblick in: 17)

Diese letzten Beispiele sind hier ebenso wie ein Bericht von HUBBS (88) über fast reine Bandarbeit innerhalb der Arbeitsrehabilitation nur genannt worden, um die verschiedensten Tätigkeiten zu zeigen. Es erscheint aber gerade bei diesen letzten Beispielen - besonders ^{bei} dem der reinen Bandarbeit - die Gefahr zuzunehmen, daß die krankmachenden Faktoren industrieller Arbeit immer mehr in den Vordergrund treten. Diese Frage wird von den genannten Autoren nicht reflektiert, ist doch auch die widersprüchliche Bedeutung der Arbeit für den psychisch Kranken nicht detailliert untersucht worden.

2. Realistische Arbeitsaufgaben:

Realistische Arbeiten und auch Arbeitsbedingungen sind ein wichtiger Faktor für den Erfolg innerhalb der Arbeitsrehabilitation. Einmal kann nur so ein bruchloser Übergang in die Welt außerhalb der Klinik gut gelingen, zum anderen erlaubt nur Arbeit mit realistischen Arbeitsaufgaben eine auch therapeutisch wirksame Rollenidentifizierung (39, 129, 159). Hat nämlich der Arbeiter innerhalb seiner Sozialisation industrielle Arbeit als 'sinnvoll' zu begreifen gelernt, so muß alle künstlerische, spielerische Arbeit als Kinderei erlebt werden. Mit einer solchen Arbeit und Aufgabe kann sich der Arbeiter nicht mehr identifizieren. Somit wird eine Identitätsgewinnung über das Erfüllen von 'echten' Aufgaben der Arbeit nicht erreicht. Hier setzt auch - bei allen verteidigenden Argumenten - die Kritik an herkömmlicher Beschäftigungstherapie mit ihren kunsthandwerklichen Aufgaben an. Eine Identitätsstabilisierung kann sicherlich nur erreicht werden, kann der Arbeiter für ihn 'echte' Aufgaben erfüllen, kann er in einem ihm verständlichen Sinne nützlich sein. Dies ist aber nicht im luxurierenden Korbflechten oder Malen gewährleistet; Tätigkeiten, die eher in einer Gruppe von Patienten bürgerlicher Herkunft anzuwenden sind (154). Für den Arbeiter müssen solche Aufgaben aber eher die gefährlichen Auswirkungen einer Infantilisierung haben, wie sie Goffman (72) beschrieben hat.

Realistische Arbeitsbedingungen beschreiben auch Verhältnisse, die Konflikte und Schwierigkeiten beinhalten. Gerade die Bewältigung dieser - anfangs vielleicht dosierten - Konflikte kann mit zu einer Ich-Stärkung beitragen (16, 39). Eine Vorstellung und Erfahrung, die besonders auch im Modell der Therapeutischen Gemeinschaften ihre Anwendung findet (37, 39, 91, 112). Dennoch bleibt bei der Frage der realistischen Arbeitsbedingungen immer noch das Grundproblem einer Arbeitsrehabilitation bestehen. Ist realistische Bedingung gefordert, weil dies therapeutisch am sinnvollsten erscheint, so sind wirklich völlig realistische Bedingungen wiederum krankmachend.

3. Nicht-autoritäre Arbeitsverhältnisse:

Wie gezeigt wurde, sind es besonders die schizophrenen Patienten in den untergeordneten Berufspositionen, die sich einer Autorität am wenigsten wehren können. So werden sie auch innerhalb der Arbeitsrehabilitation sicherlich kaum über ihre Verhältnisse klagen, denn den Mund zu halten, haben sie gerade an ihren Arbeitsplätzen gelernt; man darf also aus einem Nicht-Klagen nicht unbedingt auf Zufriedenheit schließen. Von der Seite der Patienten ist somit mit keiner Korrektur oder Aufforderung zur Korrektur der Verhältnisse der Arbeitsrehabilitation zu rechnen. Gerade darum sollte gewährleistet sein, daß die Patienten möglichst nicht autoritär behandelt werden (39). Nur so wird es dann auch möglich, daß die Patienten die Bedingungen der angebotenen Arbeitsrehabilitation kritisierend korrigieren können. Darüber hinaus kommt es auch bei nicht-autoritären Bedingungen dazu, daß Patienten Entscheidungen zu übernehmen haben, in Eigenverantwortung handeln müssen, Konflikte und Probleme selber lösen müssen. All dies aber führt zu einer Ich-Stärkung, die therapeutisch so besonders wichtig ist. Ebenfalls eine Vorstellung, die ihre Praxis in den Therapeutischen Gemeinschaften findet (36, 39, 55, 91). LERNER und FAIRWEATHER(103) berichten in ihrer Studie, in der eine Gruppe von Patienten in Eigenverant-

wortung die anfallenden Arbeiten auf der Station übernehmen. Diese Gruppe von Patienten zeigte im Vergleich zu einer Gruppe, die unter maximaler Überwachung und Anleitung die gleichen Arbeiten zu machen hatte, sowohl eine höhere Arbeitsleistung als auch eine auffällige Besserung im Gesundheitszustand. Sind auch nicht-autoritäre Arbeitsbedingungen zu fordern, weil sie therapeutisch am wirksamsten sind, so sind auch solche Bedingungen gleichzeitig nicht-realistische Bedingungen. Somit wird hierdurch sogleich der Übergang an die 'freien' Arbeitsplätze nicht erleichtert. Dennoch ist bei der Forderung nach Arbeitsbedingungen, die eigene Entscheidungen und Verantwortung erlauben, zu bleiben. Ein Mangel an diesen Möglichkeiten wurde auch von den Patienten in der vorliegenden Untersuchung als belastend erlebt; entsprechend führten diejenigen, die an Arbeitsplätzen arbeiteten, die diese Möglichkeiten boten, dies dann auch als einen positiven Punkt an.

4. Ausreichende Bezahlung:

BLACK und BENNY (18), BENNET (7) und CARSTAIRS, O'CONNOR und RAWNSLEY (29) weisen übereinstimmend auf die wichtige Bedeutung ausreichender Bezahlung - und nicht nur eines 'Trinkgeldes' - für die geleistete Arbeit hin. Einmal konnte nachgewiesen werden, daß Geld ein fruchtbarer Ansporn war. Zum anderen kommt es mittels schlechter Bezahlung zu einer Rollen- und Identitätsverunsicherung. Diejenigen - hauptsächlich die Männer - die immer 'heranschaffen' mußten, die das Geld hatten, müssen nun Ehefrau, Verwandte und Bekannte anbetteln. Weiß man, welche Bedeutung das 'Heranschaffen' des Geldes für den Mann in der Arbeiterklasse hat, versteht man, was es für ihn bedeutet, Betteln zu müssen. KOMAROVSKY (96) beschreibt in ihrer Untersuchung über die Arbeiterehe, zu welchen Ängsten und Identitätsgefährdungen es kommt, wenn der Mann zu wenig Geld nach Hause bringt oder sogar arbeitslos wird. Zustände, die also über die rein ökonomische Not hinaus krankmachende Bedeutung haben.

Aber nicht nur hierüber scheint es zu einer Identitätsgefährdung zu kommen, sondern noch über einen weiteren Mechanismus. Gelernt, daß sich der Sinn und Wert der Arbeit in ihrer Bezahlung ausdrücken soll, muß schlecht bezahlte Arbeit als sinnlose und wertlose erscheinen. Oder wenn dies nicht so ist, fühlt man sich zumindest ausgebeutet und als Opfer, da man im Krankenhaus zu einer solchen Arbeit faktisch gezwungen werden kann (147). In beiden Fällen ist es unmöglich, sich mit der Arbeitsaufgabe zu identifizieren. So kann es nicht zu einer Identitätsstabilisierung über die Arbeit und das Erfüllen von Arbeitsaufgaben kommen.

5. Anerkennung der geleisteten Arbeit:

Diejenigen, die in der Arbeitsrehabilitation als Pfleger, Sozialarbeiter oder Ärzte arbeiten, haben sich kritisch, aber auch anerkennend über die gemachte Arbeit zu äußern. (162) So erhält der Patient eine Rückkoppelung, die Auskunft über die Qualität des Produzierten gibt. Kritik und Anerkennung helfen zur Ich-Stärkung über eine Realitätsorientierung und eine Hebung des Selbstwertes (157). Dabei haben sich Kritik und Anerkennung auch nach dem jeweilig möglichen Leistungsstand des Patienten zu richten; dieser wiederum ist vom Stand der Gesundheit abhängig.

6. Möglichkeit für soziale Kontakte:

Da bei den schizophrenen Patienten die soziale Kontaktgestörtheit zentrale Bedeutung besitzt, muß innerhalb der Arbeitsrehabilitation darauf geachtet werden, daß die Arbeit genügend Raum für die Aufnahme sozialer Kontakte gewährt. Gerade auch die vorliegende Studie hat darauf hingewiesen, daß mangelnde Kontakte am Arbeitsplatz von den schizophrenen Patienten beklagt werden; sicherlich auch - so wurde festgestellt - weil die Arbeitsstelle für sie noch am meisten die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bietet. Besonders sind hier Arbeiten zu empfehlen, die gemeinschaftlich von z.B. 2 oder

3 Patienten zu machen sind. Allerdings verlangt dies schon einen gewissen Stand der Genesung.

Diese sechs wichtigen Aspekte für eine optimale Arbeitsrehabilitation im Rahmen des gesellschaftlich Möglichen werden teilweise als Selbstverständlichkeiten erscheinen. Für die Praxis deutscher Arbeitsrehabilitation sind die sechs Forderungen keineswegs Selbstverständlichkeiten, sondern - wenn überhaupt erkannt - Fernziele. Auf dem Wege zu diesen Zielen können die genannten Aspekte jedoch nicht ein detailliertes - auf die spezifischen Verhältnisse der Patienten und der Klinik eingehendes - Programm für eine Arbeitsrehabilitation ersetzen. Sie stellen allein die wichtigsten und allgemeinsten Ergebnisse, wie sie aus der vorliegenden Studie und aus anderen Arbeiten gewonnen wurden, in der Anwendung auf die Arbeitsrehabilitation dar. Es sind also Aspekte, die in Überlegungen zur Arbeitsrehabilitation einfließen sollten und die einen Rahmen bilden sollten, in dem dann erst die schwierige Arbeit einer detaillierten Planung und Durchführung der Arbeitsrehabilitation stattzufinden hat.

A n h a n g:

Interviewbogen:

Die Fragen sind nach Bereichen (römische Ziffern) und Fragekomplexen (arabische Ziffern) geordnet. Bezifferungsangaben in Klammern, z.B. (2 a), sind allein Fragen für den Interviewer, die er anhand des Gespräches beantworten muß.

I. Der Arbeitsplatz

1. Beschreiben Sie mir bitte Ihre Arbeit, die Sie vor der Einweisung ins Krankenhaus gemacht haben. Sagen Sie mir ruhig dabei, was Sie besonders gern taten und was Sie besonders ungern machten; gab es Sachen, die Ihnen besonders schwer fielen?

Nachfragen, wenn noch nicht in der Antwort genannt:

- 1a War Ihre Arbeit eigentlich eintönig oder abwechslungsreich? - Fanden Sie das so gut oder nicht?
- 1b Kamen Sie bei der Arbeit öfter mal in Zeitdruck und mußten sich abhetzen? - Wie finden Sie das?
- 1c Hatten Sie bei Ihrer Arbeit die Möglichkeit, das Arbeits-tempo selber zu bestimmen? - Finden Sie das gut oder nicht?
- 1d Konnten Sie auch außerhalb der Mittags- und Frühstückspausen kurze Pausen einlegen? - Wie finden Sie das?
- 1e War Ihre Arbeit eigentlich zu schwierig oder war sie eher so, daß Sie nicht richtig ausgelastet waren? - Wie finden Sie das?
- 1f Gibt es einen Entscheidungsraum bei der Arbeit?
- 1g Würden Sie Ihre Arbeit so allgemein eher als angenehm oder eher als unangenehm bezeichnen?
(für 'angenehm': Resignation offen: ja/nein?)

2. Sprechen Sie eigentlich zu Hause mit Freunden oder Bekannten oder Ihrer Frau über Ihre Arbeit?

2a Wenn nein: Warum nicht?

(2b) Was ist hauptsächlich Thema solcher Gespräche? Wird der Arbeitsplatz als negativ, positiv neutral geschildert?

3. Wünschen Sie sich des öfteren einen anderen Beruf oder eine andere Tätigkeit innerhalb des Betriebes?

(3a) Welche Bereiche sind angesprochen? Arbeitsplatz, Kollegen etc.

4. Wenn Sie an Ihrer Arbeitsstelle etwas verändern könnten, was würden Sie da verändern? Oder ist eigentlich alles so richtig, wie es ist?

(4a) wenn ja: Welche Bereiche sind angesprochen? Arbeitsplatz, Kollegen?

5. Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihre Fähigkeiten (Kenntnisse, Geschicklichkeiten, Begabungen) ausreichend anwenden?

5a Wenn ja: Warum meinen Sie das?

5b Wie finden Sie das; meinen Sie, daß das wichtig ist oder nicht?

6. Würden Sie meinen, daß Arbeit eher Segen oder eher eine Last ist?

6a Warum?

6b Würden Sie sich ein Leben ohne Arbeit wünschen, wenn sie z.B. das Geld zum Leben irgendwoher bekämen oder im Lotto gewonnen hätten? - Warum?

6c Haben Sie eigentlich wieder den Wunsch nach Arbeit, wenn Sie jetzt entlassen werden?

7. Kommen Sie fast immer pünktlich zur Arbeit?

7a Fehlen Sie öfter bei der Arbeit?

7b Schauen Sie während der Arbeit öfter mal auf die Uhr?

7c Denken Sie während der Arbeit öfter mal an Feierabend?

II. Verhältnis zu Kollegen:

1. Sagen Sie, wie kommen Sie eigentlich mit den Kollegen aus?
Beschreiben Sie mir doch bitte, was Sie am Arbeitsplatz alles mit ihnen zu tun haben. Haben Sie mit Ihnen Ärger oder läßt es sich mit ihnen gut zusammenarbeiten?
 - 1a bei schlechtem Kontakt: Wer ist Schuld?
 - 1b bei schlechtem Kontakt: Haben Sie versucht, das zu ändern?
- Hat sich dann was geändert?
 - 1c Sind Sie nun eigentlich mit der Situation (dem geschilderten Kontakt) zufrieden oder nicht?
2. Wenn man sich so am Arbeitsplatz und in der Pause unterhält, über was spricht man da so? (Gegebenenfalls Nachfrage nach Gesprächen über persönliche Probleme) Beurteilung von persönlichen Gesprächen.
 - 2a Meinen Sie eigentlich, daß die Gespräche zu persönlich, zu oberflächlich oder gerade so richtig sind?
 - 2b Sprechen Sie eigentlich auch oft mit? - Warum nicht?
3. Sind Sie mit einem Ihrer Kollegen befreundet oder näher bekannt?
 - 3a Wie finden Sie das?
 - 3b Gehen Sie mit den Kollegen nach Feierabend ab und zu noch irgendwo-hin, in eine Kneipe oder so?
 - 3c Wie finden Sie das?
4. Helfen Ihnen die Kollegen, wenn bei der Arbeit irgendwelche Schwierigkeiten sind und Sie Hilfe brauchen?
 - 4a Helfen Sie den Kollegen auch?
5. Halten Die Kollegen eigentlich zusammen? Z.B. dem Meister oder Chef gegenüber, oder wenn mal irgendwas los ist?
 - 5a Wie finden Sie das?
6. Meinen Sie, daß Sie sich von den Kollegen bei Ihrer Arbeit irgendwie unterscheiden?

III. Verhältnis zum direkten Vorgesetzten:

1. Wie kommen Sie mit Ihrem Meister, Vorarbeiter etc. aus?
Sagen Sie mir doch bitte, was Sie so alles bei der Arbeit mit ihm zu tun haben?
- 1a Ist er eher kollegial und hilft Ihnen auch?
Oder ist er jemand, der Sie vielleicht manchmal schikaniert und als kleiner Chef auftritt?
Oder ist er jemand, der nett ist, aber einen gewissen Abstand zu den Kollegen hält?
Beurteilung.
- 1b Hilft oder belastet Sie eigentlich die Überwachung durch den Meister/Vorarbeiter?
2. Gibt es eigentlich Situationen, wo Sie merken, daß der Meister/Vorarbeiter falsch handelt oder falsche Anordnungen gibt?
- 2a Wenn ja: Ist das Unwissenheit oder Schikane?
- 2b Können Sie da dann was zu sagen oder kann man das nicht?
Wie verhalten Sie sich dann?
- 2c Kann man durch solchen Einspruch 'was ändern'?
- 2d Wie finden Sie das?
3. Wie reagieren Sie, wenn Anordnungen von Ihrem Meister/Vorarbeiter getroffen werden, die Ihre Arbeit betreffen, und Sie dazu nicht gefragt werden vorher?
- 3a Wie finden Sie das?
4. Nehmen wir mal nur so an, Sie wären Meister/Vorarbeiter, würden Sie sich so verhalten wie Ihr jetziger Meister/Vorarbeiter? Oder würden Sie manches anders machen?
Was? (Welcher Bereich ist angesprochen)

IV. Beurteilung des gesamten Betriebes:

1. Sagen Sie, haben Sie das Gefühl, daß der Betrieb auch das Beste für seine Arbeiter will, oder fühlen Sie sich eher ausgenutzt? Warum? (Welche Bereiche werden angesprochen)
 - 1a Wie beurteilen Sie das?
 - 1b Nehmen wir mal an, Sie würden im Betrieb ungerecht behandelt werden, meinen Sie, daß Sie sich da wehren könnten? Wie finden Sie das?
2. Werden Sie bei Anordnungen der Betriebsleitung nach Ihrer Meinung gefragt? Wie finden Sie das?
 - 2a Können Sie bei Anordnungen, die Sie für falsch halten, Einspruch einlegen? Wie finden Sie das?
 - 2b Was unterhält man sich dann unter den Kollegen?
3. Gibt es in Ihrem Betrieb die Möglichkeit von Veränderungs- oder Verbesserungsvorschlägen? Wie finden Sie das?
 - 3a Werden die gemachten Vorschläge beachtet?
 - 3b Haben Sie schon einmal solche Vorschläge gemacht?
4. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie 'mal ins Büro müssen? Ist Ihnen das unangenehm, angenehm oder ist Ihnen das egal?

Bei allen Fragen wurde versucht, möglichst auch detaillierte Schilderungen der erfragten Situation zu erhalten. Es wurde also bei jeder kurzen 'ja' oder 'nein' Antwort gefragt, ob man nicht ein Beispiel dafür anführen könnte, das die Antwort illustrieren würde.

Zusammenfassung:

Die Arbeit liefert einen Beitrag zur Frage nach der Bedeutung des industriellen Arbeitsplatzes für den schizophrenen Patienten, so wie sie sich bei der Anwendung von Arbeitsrehabilitation und Arbeitstherapie stellen muß. Dabei liegt das Konzept zugrunde, daß es - auch ohne Festlegung auf eine ätiologische Theorie - sowohl Faktoren gibt, die die psychische Gesundheit belasten, als auch solche, die ihr förderlich sind.

In der Arbeit werden die Interviews von 20 schizophrenen Patienten und 20 Patienten einer Kontrollgruppe analysiert und statistisch ausgewertet. Dabei kann gezeigt werden, daß sich die schizophrenen Patienten gehäuft Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sehen. Bei näherer Analyse erklärt sich dieser Befund zum wesentlichen Teil dadurch, daß die schizophrenen Patienten gehäuft in den unteren Berufspositionen der Gruppe 'Industriearbeiter' tätig sind. Diese Arbeitsplätze zeichnen sich - wie auch andere herangezogene Studien zeigen - durch besonders belastende Verhältnisse aus.

Unter Aufarbeitung von sowohl industriepsychiatrischer und psychiatrisch-katamnestischer Arbeiten als auch industrie-soziologischer Literatur wird dargestellt, daß der industrielle Arbeitsplatz in unserer Gesellschaft in einer doppelten, in sich widersprüchlichen Funktion für psychische Gesundheit zu sehen ist. Einmal ist er als belastend, die psychische Gesundheit belastend, anzusehen; zum anderen hilft er bei der Identitätsstabilisierung, ist also psychischer Gesundheit förderlich. Besonders für den psychisch Kranken, hier den schizophrenen Patienten, ist dies von großer Wichtigkeit. Es geht also darum, in der Arbeitsrehabilitation und Arbeitstherapie die eine Funktion möglichst voll, die andere dagegen möglichst wenig zum Tragen kommen zu lassen. Anhand der entsprechenden Literatur und der Befunde der Studie werden unter diesem Ansatz sechs wichtige Aspekte der Arbeitstherapie und der Arbeitsrehabilitation dargestellt, die den Rahmen für eine optimale Arbeitsrehabilitation und Therapie umreißen sollen.

Literaturverzeichnis:

1. ABHOLZ, H.-H. : Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankungen - Ein Literaturüberblick.
Das Argument Nr.60, Sonderband, 142-51
(1970)
2. ABHOLZ, H.-H., H. HIPPIUS, M. LANGE : Zur Arbeitssituation der Schizophrenen.
V. Bad Kreuznacher Symposion 'Schizophrenie und Umwelt', 17-18 Apr.1970 (im Druck)
3. ALPHEN DE VEER, M.R., VAN : Success and Failure in Industry - A Psychomedical Study.
Van Gorcum & Co., Assen/Niederlande 1955
4. BELLAK, L. : Research on Ego Function Patterns: A Progress Report.
in: BELLAK, L., L. LOEB (Eds.) : The Schizophrenic Syndrome.
Grune & Stratton, New York - London 1969
5. BELLAK, L., B.J. BLACK, A. LAURIE, J.S.A. MILLER : Rehabilitation of the Mental Ill Through Controlled Translational Employment.
American J. Orthopsychiat. 26, 285-96
(1956)
6. BENEDETTI, G., H. KIND, A.S. JOHANSON, V. WENGER : Forschung zur Schizophrenielehre 1956-65.
Wissenschaftliche Buchgesellsch., Darmstadt 1967
7. BENNETT, D.H. : Die Arbeitstherapie im psychiatrischen Krankenhaus.
Gütersloher Fortbildungswoche 30.9. - 3.10. 1969 (Manuskript)
8. BENNETT, D.H., S. FOLKARD, A.K. NICHOLSON : Resettlement Unit in a Mental Hospital.
Lancet 1961 ii, 539-41

9. BENNETT, D.H., J.K. WING : Sheltered Workshops for the Psychiatrically Handicapped.
in: FREEMAN, H., J. FARNDAL : Trends in the Mental Health Service.
Pergamon Pr., Oxford-London-New York 1963
10. BERND, H. : Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen - Familiendynamische Aspekte der Schizophrenieforschung.
in: MITSCHERLICH, A., T.BROCHER, O.v. MEHRING, K. HORN : Der Kranke in der modernen Gesellschaft.
Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin 1967
11. BERND, H. : Zur Soziogenese psychischer Erkrankungen.
Soziale Welt 19 , 22-46 (1968)
12. BERNING, J. : Rehabilitation durch vielgestaltige berufliche Hilfen und Anpassung an fortschrittliche Arbeitsverfahren.
Die Rehabilitation 2, 158-74 (1966)
13. BERNSTEIN, B. : Sozio-Kulturelle Determinanten des Lernens - mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Sprache.
Kölner Zeitschr. f. Soziol. u. Sozialpsychol. Sonderbd. 4, Westdeutscher V., Köln-Opladen 1969 (7. Aufl.)
14. BIRNBAUM, N., T.M. LING : Class Differences in Attitude to Work, and Foci of Psychological Stress in the Personality.
Intern.J.of Social Psychiat. 3, 27-35 (1957/58)
15. BLACK, E.J. : The Protected Workshop.
in: GREENBLATT, M., B. SIMON : Rehabilitation of the Mentally Ill.
American Ass. for the Advancement of Science, Washington D.C. 1959

16. BLACK, B.J. : Rehabilitation of Past Psychotic Patients
by Industrial Workshop.
Diseases of Nerv. Syst. 22 (Suppl.6),
125-8 (1961)
17. BLACK, B.J. : Principles of Industrial Therapy for the
Mentally Ill.
Grune & Stratton, New York-London 1970
18. BLACK, B.J., C. BENNEY : Rehabilitation.
in: BELLAK, L., L. LOEB : The Schizo-
phrenic Syndrome.
Grune & Stratton, New York-London 1969
19. BLAUNER, R. : Job Satisfaction and Industrial Trends in
Modern Society.
in: GALENSON, W., S.M. LIPSET : Labor
and Trade Unionism.
Wiley, New York-London-Sydney 1960
20. BLAUNER, R. : Alienation and Freedom: The Factory Worker
and His Industry.
University Press of Chicago, Chicago 1964
21. BLEUIER, M. : Entwicklung der Schizophrenielehre seit
1941.
Wissenschaftl.Buchgesellsch., Darmstadt
1961
22. BONNEVIE, O. : A Socio-Economic Study of Patients with
Ulcerative Colitis.
Scandinavian J. of Gastroenterology 2,
129-36 (1967)
23. BRADBURN, N.M. : The Structure of Psychological Well-
Being.
Aldine, Chicago 1969
24. BRODMAN, K., A.J. ERDMANN, I. LORGE, C.F. GERSHENSON,
H.G. WOLFF : The Cornell Medical Index -
Health Questionnaire: III. The Evalution
of Emotional Disturbances.
J.Clinical Psychol. 8, 119-24 (1952)

25. BROOKE, E.M. : A National Study of Schizophrenia
Patients in Relation to Occupation.
Congress Report 2, Second Intern Congress
of Psychiatry, Zürich 1957
26. BROWN, J.A.C. : The Social Psychology of Industry.
Penguin Books, Harmondsworth/Großbrit.
1964; pp 186-218
27. BROWN, G.W., M. BONE, B. DALISON, J.K. WING : Schizo-
phrenia and Social Care: A Comparative
Follow-up Study of 339 Schizophrenic
Patients.
Oxford University Press, London 1966
28. CAPLOVITZ, D., N.M. BRADBURN : Social Class and Psycho-
logical Adjustment.
NORC, Chicago 1964
29. CARSTAIRS, G.M., N. O'CONNOR, K. RAWNSLEY : The Organi-
sation of a Hospital Workshop for Chronic
Psychotic Patients.
Brit.J.of Preventive a.Social Med. 10,
136-40 (1956)
30. COHEN, M. : Beiträge experimentalpsychologischer Unter-
suchungen zur Frage der Situationsab-
hängigkeit schizophrener Störungen.
V.Bad Kreuznacher Symposion'Schizophrenie
und Umwelt', 17-18. Apr.1970 (im Druck)
31. COLE, N.J., W. BLAIR, M.S. McDONALD Jr., C.H. BRANCH :
A Two-Year Follow-up Study of the Work
Performance of Former Psychiatric Patients.
American J.of Psychiat. 124, 1070-75 (1968)
32. COLE, N.J., D.L. BREWER, C.H. BRANCH : Social-Economic
Adjustment of a Sample of Schizophrenic
Patients.
American J.of Psychiat. 120, 465-71 (1963)
33. COLE, N.J., D.L. BREWER, R.B. ALLISON, C.H. BRANCH :
Employment Characteristics of Discharged

Schizophrenics.

Archives of General Psychiat. 10,
314-19 (1964)

34. COLE, N.J., D.R. SHUPE, R.B. ALLISON : Work Performance Ratings of Former Psychiatric Patients. J.of Occupational Med. 8, 1-4 (1966)
35. COOPER, B. : Social Class and Prognosis in Schizophrenia - Part I a. II. Brit.J.of Preventive a.Social Med. 15, 17-41 (1961)
36. COOPER, D. : The Anti-Hospital: An Experiment in Psychiatry. New Society 2, 11-16 (1965)
37. COOPER, D. : Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1971
38. CULPIN, M., M. SMITH : The Nervous Temperament. Industrial Health Research Board, Report Nr. 61, HMSO, London 1930
39. CUMMING, J., E. CUMMING : Ego and Milieu. Atherton Press, New York 1962
40. DEAN, D.G. : Alienation: Its Meaning and Measurement. American Sociol. Rev. 26, 753-58 (1961)
41. DEPPE, H.-U. : Medizinsoziologische Bemerkungen zur Ökologie und Epidemiologie. Das Argument Nr. 60 Sonderband, 129-41 (1970)
42. DOHRENWEND, B.P., B.S. DOHRENWEND : Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry. Wiley, New York-London-Sydney 1969
43. DREITZEL, H.P. : Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Enke, Stuttgart 1968
44. DREYER, H., T.H. GÖRGES : Über die Verteilung von Magengeschwüren auf bestimmte Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes. Zeitschr.für Psychosomatische Med. 10, 17-26 (1964)

45. DUDGEON, Y. : The Social Needs of the Discharged
Mental Patient.
Intern.J.of Soc.Psychiat. 10, 45-56
(1964)
46. EARLY, D.F. : The Industrial Therapy Organisation.
Lancet 1960 ii, 754-57
47. EARLY, D.F. : The Industrial Therapy Organisation -
The First Two Years.
Lancet 1963 i, 435-36
48. EARLY, D.F. : Economic Rehabilitation.
in: FREEMAN, H. (Ed.): Psychiatric
Hospital Care.
Bailliere, Tindall & Cassell, London 1965
49. EARLY, D.F., R.V. MAGNUS : Industrial Therapy Organi-
sation (Bristol): 1960-65.
Brit. J. of Psychiat. 114, 335-36 (1968)
50. EATON, W.H. : Hypotheses Related to Worker Frustration.
J.Soc.Psychol. 35, 59-68 (1952)
51. EKDAWI, M.J., W. ROGERS, R.S. SLOUGHTER, D.H. BENNETT :
A Patients' Record Office in a Mental
Hospital Occupational Programme.
Brit.J. of Psychiat. 114, 1305-6 (1968)
52. ELDRED, D.M., G.W. BROOKS, W.N. DEANE, M.B. TAYLOR :
The Rehabilitation of the Hospitalized
Mentally Ill - The Vermont Story.
American.J.of Publ.Health 52 (1), 39-46
(1962)
53. ERIKSON, E.H. : Identität und Lebenszyklus.
Suhrkamp, Frankfurt/M. 1966
54. FAIRWEATHER, G.W. (Ed.) : Social Psychology in Treating
Mental Illness: An Experimental Approach.
Wiley, New York-London-Sydney 1964

55. FAIRWEATHER, G.W., D.H. SANDERS, D.L. CRESSLER,
H. MAYNARD : Community Life for the
Mentally Ill.
Aldine, Chicago 1969
56. FISCHER, F. : Irrenhäuser - Kranke klagen an.
Desch V. München-Wien-Basel 1969
57. FRANCO, S.C. : Management's Role in Mental Health - A
Programme for Mental Illness in Industry.
J. Occupational Med. 9 (3), 91-97 (1967)
58. FRASER, R. : The Incidence of Neurosis Among Factory
Workers.
Industrial Health Research Board, Report
No 90, HMSO, London 1947
59. FREEMAN, H.E., O.G. SIMMONS : The Mental Patient Comes
Home.
Wiley, New York-London-Sydney 1963
60. FREEMAN, TH. : Psychopathology of the Psychoses.
Tavistock Publ., London 1969
61. FREEMAN, TH., J.L. CAMERON, A. MCGHIE : Studien zur
chronischen Schizophrenie.
Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969
62. FRENCH, J.R.P. jr. : The Social Environment and Mental
Health.
J. of Soc. Issues 19 (4), 39-56 (1963)
63. FRENCH, J.R.P. jr., R.L. KAHN : A Programmatic Approach
to Studying the Industrial Environment
and Mental Health.
J. of Soc. Issues 18 (3), 1-47 (1962)
64. FROMM, E. : Das Ich und die Abwehrmechanismen.
Kindler, München 1964
65. FROMM, E. : Social Differences in Mental Health.
in: KUSA, J., A. ANTONOVSKY, J.K. ZOLA :
Poverty and Health.
Harvard University Press, Cambridge/Mass.
1969; pp 141-44

66. FRIEDEBURG, L. v. : Soziologie des Betriebsklimas.
Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
1963
67. FRIEDMANN, G. : Der Mensch in der mechanisierten
Produktion.
Bund V., Köln 1952
68. FRIEDMANN, G. : Grenzen der Arbeitsteilung.
Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
1959
69. FRUMKIN, R.T. : Occupation and Major Mental Disorders.
in: ROSE, A. : Mental Health and Disease.
Norton, New York 1955
70. FURMAN, S.S. : Community Mental Health Services in
Northern Europe.
Publ. Health Service Publications No 1407
United States Government Printing Office,
Washington D.C. 1965
71. GADOUREK, J. : Absences and Well-Being of Workers.
Van Nostrand Reinhold, Assen/Niederlande
1965
72. GOFFMAN, E. : Asylums.
Anchor Books, New York 1961
73. GOLDBERG, D. : Rehabilitation of the Chronically Mentally
Ill in England.
Soc. Psychiat. 2, 1-13 (1967)
74. GOLDTHORPE, J.H., D. LOCKWOOD, F. BECHHOFFER, J. PLATT :
The Affluent Worker. 3 Bd.
Cambridge University Press, London 1968,
1969
75. GOMBERG, W. : The Paradox of Mental Health.
J. of Occupational Med. 9, 239-43 (1967)
76. GURIN, G. : Work Satisfaction.
Industrial Medicine and Surgery 32, 212-14
(1963)

77. HÄFNER, H., G.E. SAUTER, H. LECHLER : Rehabilitation
von Psychosekranken.
in: SCHOLZ, J.F.: Rehabilitations-Kongreß
1968, Heidelberg.
Gentner, Stuttgart 1968
78. HALL, J.C., K. SMITH, A. SHIMKUNAS : Employment Problems
of Schizophrenic Patients.
American J. of Psychiat. 123, 536-40
(1960)
79. HALLIDAY, J.L. : Psychoneurosis as a Cause of Incapacity
Among Insured Persons.
Brit. Med. J. 1935 Suppl. to i, 99-101
80. HARLFINGER, H. : Arbeit als Mittel psychiatrischer
Therapie.
Hippokrates-V., Stuttgart 1968
81. HARRIS, A., J. LINKER, V. NORRIS, M. SHEPHERD :
Schizophrenia - A Prognostic and Social
Study.
Brit. J. of Preventive and Soc. Med. 10,
107-114 (1956)
82. HAMILTON, V. : I.Q. Changes in Chronic Schizophrenia.
Brit. J. of Psychiat. 109, 642-48 (1963)
83. HAUG, W.F. : Zur Ästhetik von Manipulation.
Das Argument 5, (25) 23-36 (1963)
84. HAUG, W.F. : Waren-Ästhetik und Angst.
Das Argument 6 (28), 14-31 (1964)
85. HELLER, W.W. : The Administration Fiscal Policy.
in: ROSE, A.M. (Ed.): Unemployment and
the American Economy.
Wiley, New York-London-Sydney 1964
86. HELLER, J. : A Study of an Industrial Centre from the
Viewpoint of Social Psychiatry.
Polish Soc. Bull. 2 (8), 91-96 (1963)

87. HOGGART, R. : The Uses of Litaracy.
Pelican Books, Harmondsworth/Großbr.
1958; pp 72-101
88. HUBBS, R.S. : The Sheltered Workshop in Psychiatric
Rehabilitation: Therapeutic Modality and
Socio-economic Responses.
American J. of Orthopsychiat. 34, 76-79
(1964)
89. JACO, E.G. : The Social Epidemiology of Mental Disorder.
Russel Sage, New York 1957
90. JACOBS, M.A., D. PUGATCH, A. SPILKEN : Ego Strength and
Ego Weakness.
J.of Nerv.a.Mental Disease 147, 297-307
(1968)
91. JONES, M. : Beyond the Therapeutic Community: Social
Learning and Social Psychiatry.
Yale University Press, New Haven/Conn. 1968
92. KASL, S.V., J.R.P. FRENCH, jr. : The Effects of Occupational
Status on Physical and Mental Health.
J.of Soc.Issues 18 (3), 67-89 (1962)
93. KATZ, D. : Satisfactions and Deprivations in Industrial
Life.
in: KORNHAUSER, A., R. DUBIN, A.M. ROSS :
Industrial Conflict.
McGraw-Hill, New York 1954
94. KERN, H., M. SCHUMANN : Industriearbeit und Arbeiter-
bewußtsein.
Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
1970
95. KIDD, H.B. : Industrial Units in Psychiatric Hospital.
Brit. J.of Psychiat. 111, 1205-09 (1965)
96. KOMAROVSKY, M., : Blue-Collar Marriage.
Vintage Books, New York 1967; pp 281-310
97. KORNHAUSER, A. : Mental Health of the Industrial Worker
Wiley, New York-London-Sydney 1965

98. LAGNER, TH.S., S.T. MICHAEL : Life Stress and Mental Health.
The Free Press of Glencoe, London-New York
1963
99. LAMB, H.R. : Release of Chronic Psychiatric Patients
Into the Community.
Archives of Soc.Psychiat. 2, 38-44 (1968)
100. LANDY, D., H. RAULET : The Hospital Work Program.
in: GREENBLATT, M., B.SIMON (Eds.):
Rehabilitation of the Mentally Ill.
American Ass. for the Advancement of
Science, Washington D.C. 1959
101. LEIGHTON, D.C., J.S. HARDING, D.B. MACKLIN, A.M. McMILLAN,
A.H. LEIGHTON : The Character of Danger.
Basic Books, New York-London 1963
102. LEPSIUS, M.R. : Strukturen und Wandlungen im Industrie-
betrieb. Industriesoziologische Forschung
in Deutschland.
C.Hanser, München 1960
103. LERNER, M.J., G.W. FAIRWEATHER : Social Behavior of
Chronic Schizophrenics in Supervised and
Unsupervised Work Groups.
J.of Abnorm.a.soc.Psychol. 67, 219-25
(1963)
104. LEVINSON, H., C.R. PRICE, K.J. MUNDEN, H.J. MANDLE,
C.M. SOLLEY : Men,Management,and Mental
Health.
Harvard University Press, Cambridge/Mass.
1962
105. LEYBERG, J.T. : A Follow-up Study on Some Schizophrenic
Patients.
Brit. J. of Soc.Med. 111, 617-24 (1965)
106. LOGAN, W.P.D. : Morbidity Statistics from a General
Practice - Vol II.
Stud. in Med. Popul. Subj. II, No 14
HMSO, London 1960

107. MACCOBY, E.E., N. MACCOBY : Das Interview: ein Werkzeug der Sozialforschung.
in: KÖNIG, R.: Praktische Sozialforschung I
Das Interview - Fragen - Technik - Auswertung.
Verlag für Politik und Wissenschaft, Köln
1965 (4.Aufl.)
108. McKINLEY, D.G. : Social Class and Family Life.
The Free Press of Glencoe, London-New York
1966
109. MACNAB, F.A. : Estrangement and Relationship - Experience with Schizophrenics.
Tavistock Publ., London 1965
110. MARKOWE, M., L.E.D. BARBER : Mental Health in Relation to Labour Turnover of Unskilled Workers in a Large Industrial Establishment.
Brit. J. of Prev. a. Soc. Med. 7, 205-210 (1953)
111. MARKOWE, M., W.L. TONGE, L.E.D. BARBER : Psychiatric Disability and Employment: I. A Survey of 222 Registered Disabled Persons; II. A Follow-up of 95 Unemployed Subjects.
Brit. J. of Prev. a. Soc. Med. 9, 39-47 (1955)
112. MARTIN, D.V. : Adventures in Psychiatry.
Tavistock, London 1962
113. MISHLER, E.G., N.A. SCOTCH : Socio-cultural Factors in the Epidemiology of Schizophrenia.
Intern. J. of Psychiat. 1, 258-305 (1965)
114. MONCK, E.M. : Employment Experiences of 127 Discharged Schizophrenic Men in London.
Brit. J. of Prev. a. Soc. Med. 17, 101-110 (1963)
115. MORSE, N.C., R.S. WEISS : The Function and Meaning of Work and the Job.
American Soc.Review. 20, 191-98 (1955)

116. MOSER, T. : Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur.
Suhrkamp, Frankfurt/M. 1970
117. MUELLER, E.F. : Selbstaktualisierung, Überbelastung und Gesundheit - ein theoretischer Bezugsrahmen.
Kölner Zeitschr.für Soziologie 17, 855-878 (1965)
118. MYERS, J.K., L.L. BEAN : A Decade Later: A Follow-up of Social Class and Mental Illness.
Wiley, New York-London-Sydney 1968
119. MYERS, J.K., B.H. ROBERTS : Family and Class Dynamics in Mental Illness.
Wiley, New York-London-Sydney 1959
120. NEAL, A.G., S. RETTING : Dimensions of Alienation Among Manual and Non-Manual Workers.
American Soc. Review 28, 599-608 (1963)
121. OEVERMANN, U. : Schichtenspezifische Formen des Sprachverhaltens und ihr Einfluß auf kognitive Prozesse.
in: ROTH, H.: Begabung und Lernen.
Gutachten und Studien der Bildungskommission. Bd.4
Klett, Stuttgart 1969
122. OLSHANSKY, S., H. UNTERBERGER : The Meaning of Work and Its Implications for the Ex-Mental Hospital Patient.
Mental Hygiene 47, 139-49 (1963)
123. PHILLIPS, A.M. : A Study of Prolonged Absentism in Industry.
J. of Occupational Med. 3, 75-78 (1961)
124. PIRKER, TH., S. BRAUN, B. LUTZ, F. HAMMELRATH : Arbeiter, Management und Mitbestimmung.
Ring V., Stuttgart-Düsseldorf 1955
125. POPITZ, H. : Das Gesellschaftsbild des Arbeiters.
Mohr, Tübingen 1957

126. QUERY, W.T. : Illness, Work, and Poverty.
Jossey-Bass Inc., San Francisco 1968
127. REDLICH, F.C., D.X. : Theorie und Praxis der Psychiatrie.
Suhrkamp, Frankfurt/M. 1970; pp 195-204
128. RENTON, C.A., J.W. AFFLECK, G.M. CARSTAIRS, A.D.
FORREST: A Follow-up of Schizophrenic
Patients in Edinburgh.
Acta Psychiat.Scand. 39, 548-81 (1963)
129. RICHARDS, M., M. BAUER : Zur Ideologie der 'Arbeit' in
der Sozialpsychiatrie.
Manuskript
130. ROGG, S.G., C.A. D'ALONZO : Emotions and the Job.
C.C. Thomas, Springfield/Ill. 1965
131. ROMAN, P.M., M.T. HARRISON : Schizophrenia and the Poor.
Coyuga Press, New York 1967
132. ROSENTHAL, D., S.S. KETY (Eds.) : The Transmission of
Schizophrenia.
J. of Psychiat. Research, Vol 6, Suppl.
No. 1 (1968); pp 267-409
133. RUGG, D., H. CANTZIL : Die Formulierung von Fragen.
in: KÖNIG, R. : Praktische Sozialforschung
I. Das Interview.
Verlag für Politik und Wissenschaft, Köln
1965 (4.Aufl.)
134. SANUA, V.D. : Socio-Cultural Aspects.
in: BELLAK, L., L. LOEB : The Schizophrenic
Syndrome.
Grune & Stratton, New York-London 1969
135. SECORD, P.F., C.W. BACKMAN : Social Psychology.
McGraw-Hill, New York 1964 ; pp 323-51,
pp 525-52
136. SEEMAN, M. : On the Personal Consequences of Alienation
in Work.
American Soc. Review 32, 273-85 (1967)

137. SEEMAN, M. : On the Meaning of Alienation.
American Soc. Review 24, 783-91 (1959)
138. SIMMONS, O.G. : Work and Mental Illness.
Wiley, New York-London-Sydney 1965
139. SIVADON, P. : Adaption Factors in the Work of Mental Patients.
Intern. J. of Soc. Psychiat. 2 (2),
112-17 (1956)
140. SIVADON, P., C. VEIL : Psychopathologie du travaille industriel.
Hygiène Mentale 54 (4), 101-20 (1965)
141. SMITH, J.A. : Occupational Stress and Emotional Illness.
J. American Med. Ass. 161, 1038-40
(1956)
142. SOZIOLOGISCHES SEMINAR AN DER FU-BERLIN : Sozialisation und kompensatorische Erziehung.
Institut f. Soziologie, FU-Berlin, Eigenverlag, Berlin 1969
143. STOLLENBERG, R. : Arbeitszufriedenheit- theoretische und praktische Probleme.
Dietz V., Berlin/DDR 1968 ; 1.Kap.
144. SUNDBY, P. : Occupation and Insanity.
Acta Psychiat. Neurol. Scand., Suppl. 106
276-87 (1956)
145. SUSSER, W.M. : Rationale for Community Care of Mental Disorder.
in: FREMAN, H., J. FARNDAL: New Aspects of the Mental Health Service.
Pergamon Press, Oxford-London-Edinburgh
1967
146. TAUSKY, K., E.B. PIEDMONT : The Meaning of Work and Unemployment: Implications for Mental Health.
Intern. J. of Soc. Psychiat. 14, 44-49
(1967/68)

147. VAIL, D.J. : Dehumanisation and the Institutional Care.
C.C.Thomas, Springfield/Ill. 1966
148. VEIL, C. : Le travail dans le traitement et la ~~Ré-~~ adaptation.
Soc. Psychiat. 1, 29-32 (1966)
149. WADSWORTH, W.V., R.F. SCOTT, W.L. TONGE : A Hospital Workshop.
Lancet 1958 ii, 896
150. WADSWORTH, W.V., R.F. SCOTT, B.W.P. WELLS : Employability of Long-Stay Schizophrenic Patients.
Lancet 1961 ii, 593-95
151. WALKER, R., J. McCOURT : Employment Experience Among 200 Schizophrenic Patients in Hospital and After Discharge.
American J. of Psychiat. 122, 316-19 (1965)
152. WATERS, M.A., J. NORTHOVER : Rehabilitated Long-Stay Schizophrenics in the Community.
Brit. J. of Prev.a. Soc. Med. 111, 258-67 (1965)
153. WATTS, C.A.H. : Morbidity Statistics for General Practice.
Stud. Med. Popul. Subj. Vol III, No 14, HMSO, London 1962
154. WEISE, R. : Die marxistisch-leninistische Auffassung von der Arbeit und ihre Bedeutung für die Methoden der Arbeitstherapie.
in: SCHWARZ, B., K.WEISE, A. THOM : Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft.
VEB Thieme, Leipzig 1971
155. WING, J.K. : A Pilot Experiment on the Rehabilitation of Long-hospitalized Male Schizophrenic Patients.
Brit.J. of Prev. a. Soc. Med. 14, 173-80 (1960)

156. WING, J.K. : Rehabilitation of Psychiatric Patients.
Brit. J. of Psychiat. 109, 635-41 (1963)
157. WING, J.K. : Social and Psychological Changes in a
Rehabilitation Unit.
Soc. Psychiat. 1, 21-28 (1966)
158. WING, J.K., D.H. BENNETT, J. DENHAM : The Industrial
Rehabilitation of Long-stay Schizophrenic
Patients.
Med. Research Council, Report No 42, HMSO,
London 1964
159. WING, J.K., R.G.T. GIDDENS, : The Industrial Rehabilitation
of Male Chronic Schizophrenics.
Lancet 1959 ii, 505-07
160. WINICK, W., F.X. WALSH, E.S. FROST : Industrial Re-
habilitation of the Mentally Ill.
Industr. Med. a. Surgery 32, 332-36
(1963)
161. WISSENSCHAFTLICHE TABELLEN, 7. Aufl. 1968, Hrsg.: Geigy
A.G. Basel (Documenta Geigy)
162. WITTKOWER, E.D., H. AZIMA : Dynamic Aspects and
Occupational Therapy.
in: GREENBLATT, M., B. SIMON :
Rehabilitation of the Mentally Ill.
American Ass. for the Advancement of
Science, Washington D.C. 1959

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Hippius dafür danken, daß er mich an dem vorliegenden Thema arbeiten ließ, welches in Deutschland noch zu den Grenzgebieten traditioneller Psychiatrie gehört, und daß er mir dabei - soweit dies im Rahmen einer Promotion möglich ist - die Gelegenheit gab, meine Ansätze in der Arbeit zu entwickeln, obwohl diese sich in einigen Punkten von seinen Ansätzen unterschieden.

Lebenslauf

Ich, Heinz-Harald Abholz, wurde am 20. 8. 1945 in Berlin als Sohn der Kindergärtnerin Charlotte Abholz geboren. Von 1952 bis 1958 besuchte ich in Berlin die Grundschule, von der ich dann auf die Dorste-Hülshoff-Schule, einer Oberschule des wissenschaftlichen Zweiges wechselte; hier wählte ich den mathematisch-naturwissenschaftlichen Zug. Nach dem Abitur 1965 begann ich sogleich mit dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, an der ich das Studium 1971 mit dem Staatsexamen abgeschlossen habe. Seit November 1971 arbeite ich als Medizinalassistent im Klinikum Westend.

